

## 海田町告示第83号

海田町造血細胞移植等後のワクチン再接種費用の助成に関する要綱を次のように定める。

令和7年10月9日

海田町長 竹 野 内 啓 佑

### 海田町造血細胞移植等後のワクチン再接種費用の助成に関する要綱

#### (目的)

第1条 この要綱は、造血細胞移植、抗がん剤治療等（以下「造血細胞移植等」という。）

により、当該造血細胞移植等の前に接種した予防接種法（昭和23年法律第68号。以下「法」という。）に基づく定期の予防接種（以下「定期接種」という。）の予防効果が期待できないと医師に判断され、任意で医師が必要であると認めた予防接種（第3条に規定するものに限る。）の再接種を行う者に対し、当該再接種に係る費用を助成することにより、当該対象者の経済的負担の軽減を図るとともに、感染及び発病を予防することを目的とする。

#### (助成対象者)

第2条 本要綱による助成の対象となる者（以下「対象者」という。）は、再接種日時点において海田町の住民基本台帳に登録されている者のうち、次に掲げる要件を全て満たすものとする。

- (1) 造血細胞移植等により、当該造血細胞移植等の前に接種した定期接種の予防効果が期待できないため、再接種が必要と医師が認める者
- (2) 再接種を受ける日において20歳未満の者

#### (助成対象の予防接種)

第3条 本要綱による助成の対象となる予防接種は、次に掲げる要件を全て満たすものとする。

- (1) 法第2条第2項で定められたA類疾病の予防のために実施する予防接種に該当すること。
- (2) 予防接種実施規則（昭和33年厚生省令第27号）の規定に基づき、適正に接種されたものであること。

#### (助成金の額)

第4条 助成金の額は、予防接種の再接種に要した費用とする。ただし、町が実施する当該予防接種に要する経費（以下「予防接種単価」という。）の額を限度とする。

2 前項ただし書の予防接種単価は、予防接種を受けた日の属する年度の単価を適用するものとする。

#### (対象者の認定)

第5条 助成を受けようとする対象者又はその保護者（以下「申請者」という。）は、造血細胞移植等後のワクチン再接種費用助成対象認定申請書（別記様式第1号）に次の書類を添えて、町長に提出するものとする。

- (1) 造血細胞移植等後のワクチン再接種に関する主治医の意見書（別記様式第2号）
- (2) 親子（母子）健康手帳など造血細胞移植等の前の定期接種の接種歴が確認できる書類の写し

2 町長は、前項により提出された申請書類及び添付書類を審査の上、助成対象者であると決定した場合は造血細胞移植等後のワクチン再接種費用助成対象認定通知書（別記様式第3号）

以下「認定通知書」という。)を、助成対象者でないと決定した場合は造血細胞移植等後のワクチン再接種費用助成対象不認定通知書(別記様式第4号)を、それぞれ交付するものとする。

(接種の実施)

第6条 認定通知書の交付を受けた対象者は、医療機関(国内に所在するものに限る。)において認定通知書に記載の対象となる予防接種を再接種し、その接種費用の実費を、当該医療機関に支払うものとする。

(助成金の申請)

第7条 前条の規定により予防接種を再接種した対象者又はその保護者は、予防接種の最終再接種日から起算して12月に達する日の属する月の末日までに、造血細胞移植等後のワクチン再接種費用の助成金交付申請書(別記様式第5号)に次に掲げる書類を添えて町長に提出するものとする。

- (1) 予防接種実施医療機関の領収書等(対象者が再接種した予防接種の種類が記載されたものに限る)
- (2) 予防接種予診票(再接種時に使用し、必要事項が記載されているものに限る。)又は親子(母子)健康手帳等、当該再接種歴が確認できるものの写し
- (3) 振込先金融機関の通帳等の写し

(助成金の支給)

第8条 町長は、前条の申請書の提出があったときは、当該申請に係る書類を審査し、交付を決定したときは、造血細胞移植等後のワクチン再接種費用の助成金交付決定通知書(別記様式第6号)により通知し、速やかに助成金を交付するものとする。また不交付を決定したときは、造血細胞移植等後のワクチン再接種費用の助成金不交付決定通知書(別記様式第7号)により通知するものとする。

(助成金の交付決定の取消)

第9条 町長は、虚偽の申請その他の不正な手段により前条に規定する交付決定を受けたときは、その全部又は一部を取り消すことができる。

(助成金の返還)

第10条 町長は、第8条の規定により助成金の交付を受けた者が虚偽の申請その他の不正な手段により不正に助成金の交付を受けたと認めるときは、その全部又は一部を返還させることができる。

(その他)

第11条 この要綱に定めるもののほか、必要な事項は町長が別に定める。

別記

様式第 1 号（第 5 条関係）

造血細胞移植等後のワクチン再接種費用助成対象認定申請書

年 月 日

海田町長 様

造血細胞移植等後のワクチン再接種費用の助成について、次のとおり申請します。なお、当該予防接種について、必要な情報（疾病の状況等）があるときは、海田町がその情報を関係医療機関に問い合わせること及び実施医療機関に提供することに同意します。

|                            |                                                                                           |   |              |     |
|----------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------|---|--------------|-----|
| (ふりがな)                     |                                                                                           |   |              |     |
| 申請者氏名<br>(保護者等)            |                                                                                           |   |              |     |
| 連絡先                        | ( )                                                                                       | — | 受ける人との続柄     |     |
| 住 所<br>(住民票所在地)            | 〒 —                                                                                       |   |              |     |
| (ふりがな)                     |                                                                                           |   |              |     |
| 受ける人の<br>氏 名               |                                                                                           |   |              |     |
| 生 年 月 日                    | 年 月 日 (満 歳 か<br>月)                                                                        |   | 性別           | 男・女 |
| 受ける人の<br>住 所               | 〒 —<br>不要<br>安芸郡海田町                                                                       |   | ※申請者と同じ場合は記入 |     |
| 移植、抗がん剤<br>治療等を受けた<br>医療機関 | 名称                                                                                        |   |              |     |
|                            | 所在地                                                                                       |   |              |     |
|                            | 電話番号                                                                                      |   |              |     |
| 添付文書<br>チェック欄              | <input type="checkbox"/> 主治医の意見書（別記様式第 2 号）<br><input type="checkbox"/> 予防接種歴が確認できる書類の写し等 |   |              |     |

【注意事項】

- ・ 助成の対象となる予防接種は、過去に定期接種として接種済みの予防接種に限ります。
- ・ この申請により再接種する予防接種は、任意接種となります。
- ・ この申請により認定通知書を受理する前に接種した予防接種は助成の対象になりません。

## 造血細胞移植等後のワクチン再接種に関する主治医の意見書

海田町長 様

下記の者については、造血細胞移植等により、当該造血細胞移植等の前に接種した定期接種の予防効果が期待できないため、再接種が必要であると判断しますので、意見書を提出します。

なお、再接種の必要性及び副反応については十分に説明しています。

|                                                                                      |                                                            |             |       |
|--------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------|-------------|-------|
| (ふりがな)                                                                               |                                                            | 男<br>・<br>女 | 生年月日  |
| 受ける人の<br>氏 名                                                                         |                                                            |             | 年 月 日 |
| 受ける人の<br>住 所                                                                         | 安芸郡海田町                                                     |             |       |
| 疾 病 名                                                                                |                                                            |             |       |
| 移植日・抗がん剤<br>治療等の開始日                                                                  | 年                                                          | 月           | 日     |
| 再接種が可能<br>となった日                                                                      | 年                                                          | 月           | 日     |
| 接種済みの定期接<br>種の予防効果が期<br>待できないと判断<br>する理由<br><br>※下線部に治療内容など<br>を記入してください             | 造血細胞移植等により、接種済みの定期接種の予防効果が期待できないため<br><br>(治療内容など)<br><br> |             |       |
| 20歳までに<br>再接種する<br>予防接種<br>(過去に定期接種<br>として接種済みの<br>予防接種に限る)                          | 予防接種の種類                                                    | 期・回数        |       |
|                                                                                      |                                                            |             |       |
|                                                                                      |                                                            |             |       |
|                                                                                      |                                                            |             |       |
|                                                                                      |                                                            |             |       |
|                                                                                      |                                                            |             |       |
|                                                                                      |                                                            |             |       |
| 上記のとおり、予防接種の実施について意見を提出します。<br>年 月 日<br>医療機関名<br>所 在 地<br>電 話 番 号<br>医師の記名(署名又は記名押印) |                                                            |             |       |

## 【意見書作成に係る注意事項】

- ・この意見書の発行に係る費用は、費用助成の対象外です。
- ・この意見書の内容について、海田町の担当課から個別に照会を行う場合がありますのでご了承ください。
- ・再接種する予防接種で費用助成の対象となる予防接種は、過去に定期接種として接種済みの予防接種に限ります。
- ・再接種する予防接種は、任意接種になります。

様式第3号（第5条関係）

造血細胞移植等後のワクチン再接種費用助成対象認定通知書

|                 |                    |    |     |
|-----------------|--------------------|----|-----|
| (ふりがな)          |                    |    |     |
| 申請者氏名           | 様                  |    |     |
| 住 所<br>(住民票所在地) | 〒 ー                |    |     |
| (ふりがな)          |                    |    |     |
| 受ける人の<br>氏 名    | 様                  |    |     |
| 生 年 月 日         | 年 月 日 (満 歳 か<br>月) | 性別 | 男・女 |
| 住 所<br>(住民票所在地) | 〒 ー<br>安芸郡海田町      |    |     |

上記の者は、海田町造血細胞移植等後のワクチン再接種費用助成に関する要綱第2条に該当するものと認めます。

費用助成の対象となる予防接種は、次のとおりです。

|                                                 |
|-------------------------------------------------|
| 1 対象となる予防接種                                     |
|                                                 |
| 2 対象期間                                          |
| 対象者が20歳に達するまでの間<br>※接種スケジュール等については、接種医とご相談ください。 |

年 月 日

海田町長 ㊟

|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <p>(留意事項)</p> <p>予防接種当日は、本書（認定通知書）、親子（母子）健康手帳及びマイナンバーカード等（本人確認できるもの）を必ず持参してください。本認定通知書は、大切に保管してください。</p> <p>接種にかかる費用は医療機関へお支払いいただいた後、海田町へ払い戻し（償還払い）の申請が必要です。予防接種の最終再接種日から起算して12月に達する日の属する月の末日までに、次の書類を添付のうえ、「造血細胞移植等後のワクチン再接種費用助成金交付申請書」（別記様式第5号）を提出してください。</p> <p>①当該予防接種を接種したことが確認できる書類の写し（「予防接種予診票」又は「親子（母子）健康手帳」等）</p> <p>②接種した医療機関の領収書等（接種日、ワクチン名、被接種者氏名、支払金額、医療機関名が記載されているもの）</p> <p>③申請者の振込先金融機関通帳の銀行名、支店、口座番号、口座名義人氏名が記載されたページの写し</p> |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|

様式第 4 号（第 5 条関係）

造血細胞移植等後のワクチン再接種費用助成対象不認定通知書

|                   |                          |   |                          |             |
|-------------------|--------------------------|---|--------------------------|-------------|
| (ふりがな)            |                          |   |                          |             |
| 申請者氏名             | 様                        |   |                          |             |
| 住 所<br>(住民票所在地)   | 〒            ー           |   |                          |             |
| (ふりがな)            |                          |   |                          |             |
| 受ける人の<br>氏      名 | 様                        |   |                          |             |
| 生 年 月 日           | 年                        | 月 | 日 (満      歳      か<br>月) | 性別      男・女 |
| 住 所<br>(住民票所在地)   | 〒            ー<br>安芸郡海田町 |   |                          |             |

上記の者は、海田町造血細胞移植等後のワクチン再接種費用の助成に関する要綱第 2 条に該当しないものと決定しましたので、通知します。

【不認定の理由】

年      月      日

海田町長      ⑩

造血細胞移植等後のワクチン再接種費用の助成金交付申請書

年 月 日

海 田 町 長 様

申請者  
氏 名 \_\_\_\_\_ 被接種者との続柄（ ）

住 所 〒 \_\_\_\_\_  
電話番号 \_\_\_\_\_

海田町造血細胞移植等後のワクチン再接種費用の助成に関する要綱第3条に該当するものと認定を受けた予防接種について、下記のとおり費用の助成金の交付を申請します。

1 被接種者

|        |                                    |    |       |
|--------|------------------------------------|----|-------|
| (ふりがな) |                                    | 性別 | 男 ・ 女 |
| 氏 名    |                                    |    |       |
| 生年月日   | 年 月 日                              |    |       |
| 住 所    | 〒 ー<br>安芸郡海田町<br>※申請者と同じ場合は記載不要です。 |    |       |

2 申請額

| 予防接種の種類 | 期・回数 | 窓口負担額<br>A | 上限額<br>B | 申請額<br>(AとBのうち少ない額) |
|---------|------|------------|----------|---------------------|
|         |      |            |          |                     |
|         |      |            |          |                     |
|         |      |            |          |                     |
|         |      |            |          |                     |
|         |      |            |          |                     |
|         |      |            |          |                     |
|         |      |            |          |                     |
|         |      |            |          |                     |
| 合計金額    |      |            |          |                     |

※太枠内は記入しないでください。 ※支給額は各年度において予防接種の種類ごとに海田町が定めた金額が上限となります。

3 振込先口座

|             |                  |                |                 |        |         |     |
|-------------|------------------|----------------|-----------------|--------|---------|-----|
| 振<br>込<br>先 | 金融機関名<br>金融機関コード | 銀行・組合<br>金庫・農協 |                 | 店<br>所 | 金融機関コード | 店 番 |
|             | 預金種別             | 普通<br>当座       | (ふりがな)<br>口座名義人 | ( )    |         |     |
|             | 口座番号             |                |                 |        | (右詰記入)  |     |

- (添付書類)
- ①当該予防接種を接種したことが確認できる書類の写し（「予防接種予診票」又は「親子（母子）健康手帳」等）
  - ②接種した医療機関の領収書等（接種日、ワクチン名、被接種者氏名、支払金額、医療機関名が記載されているもの）
  - ③申請者の振込先金融機関の通帳等の写し（上記振込先口座の項目が確認できるもの）

年 月 日

様

海田町長

造血細胞移植等後のワクチン再接種費用の助成金交付決定通知書

年 月 日付けで申請があった造血細胞移植等後のワクチン再接種費用の助成について、次の金額を助成することと決定しましたので、通知します。

|       |   |
|-------|---|
| 交付決定額 | 円 |
|-------|---|

なお、本通知から1か月以内に指定口座に振り込みます。



年 月 日

様

海田町長

造血細胞移植等後のワクチン再接種費用の助成金不交付決定通知書

年 月 日付けで申請があった造血細胞移植等後のワクチン再接種費用の助成について、次のとおり不交付と決定しましたので、通知します。

|    |  |
|----|--|
| 理由 |  |
|----|--|

#### 附 則

この要綱は、公示の日から施行し、同日以後に再接種した予防接種について適用する。