北上市告示甲第54号

北上市特別の理由による予防接種の再接種費用助成金交付要綱を次のように定め、令和８年10月１日から施行する。

令和８年９月９日

北上市長　八重樫　浩　文

北上市特別の理由による予防接種の再接種費用助成金交付要綱

（目的）

第１　この告示は、造血幹細胞移植等の医療行為その他特別の理由（以下「造血幹細胞移植等」という。）により、過去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。）第５条第１項の規定に基づく定期の予防接種（以下「定期接種」という。）の効果が期待できないと医師に判断された者が、任意で再度接種する予防接種（以下「再接種」という。）に伴う費用（以下「再接種費用」という。）を助成することにより、被接種者又はその保護者（法第２条第７項に規定する保護者をいう。以下同じ。）の経済的負担を軽減するとともに、疾病の発生及びまん延の予防を図ることを目的とする。

（助成対象者）

第２　助成の対象となる者（以下「助成対象者」という。）は、次の各号のいずれにも該当し、かつ、定期接種以外の予防接種で第３に規定する再接種を受けたものとする。

(1)　造血幹細胞移植等により、過去に予防接種実施規則（昭和33年厚生省令第27号。以下「実施規則」という。）の規定に基づいて接種した定期接種の効果が期待できないため、再接種が必要であると医師が認める者

(2)　再接種を受ける日において、市内に住所を有する20歳未満の者

（助成対象の再接種）

第３　助成の対象となる再接種は、次の各号のいずれにも該当するものとする。

(1)　法第２条第２項に規定するＡ類疾病（結核及びロタウイルス感染症を除く。）に係る再接種

(2)　実施規則の規定に基づいて接種した定期接種に係る再接種

(3)　使用するワクチンの種類、接種回数、接種間隔及び接種量について、実施規則に基づき実施する再接種

(4)　医師が必要と認める再接種

（助成金の額）

第４　助成金の額は、助成対象者又はその保護者が再接種費用として医療機関に支払った金額（申請に要した費用を除く。）とする。

２　前項の助成金の額は、再接種を受けた日の属する年度において市と一般社団法人北上医師会との間で締結した定期接種に係る個別予防接種業務委託契約で定められた個別予防接種業務委託料の金額を上限とする。

（助成の申請）

第５　助成金の交付を受けようとする助成対象者又はその保護者（以下「申請者」という。）は、再接種を受ける前に予防接種再接種費用助成申請書（様式第１号。以下「申請書」という。）に、次に掲げる書類を添えて、市長に提出しなければならない。

(1)　予防接種再接種に係る医師の意見書（様式第２号）

(2)　母子健康手帳その他の造血幹細胞移植等を受けるまでの定期接種の記録がわかるものの写し

（助成の決定）

第６　市長は、申請書の提出があったときは、その内容を審査の上、助成金の交付の可否を決定し、予防接種再接種費用助成（一部）決定（不決定）通知書（様式第３号）により申請者に通知するものとする。

（変更承認申請等）

第７　助成の決定を受けた申請者が、申請書の内容を変更しようとするときは、再接種を受ける前に、予防接種再接種費用助成変更承認申請書（様式第４号。以下「変更承認申請書」という。）を市長に提出しなければならない。

２　再接種を行う予防接種の種類を追加するときは、第５第１号及び第２号に掲げる書類を添えて、市長に提出しなければならない。

３　市長は、変更承認申請書の提出があったときは、その内容を審査の上、変更の承認又は不承認を決定し、予防接種再接種費用助成変更承認（不承認）通知書（様式第５号）により交付対象者に通知するものとする。

（再接種の実施）

第８　第６の規定により助成の決定（第７第３項の規定による変更の決定を含む。）を受けた助成対象者は、医療機関において、当該決定を受けた再接種を受けることができる。

２　申請者は、前項の再接種費用を当該医療機関に支払うものとする。

（実施報告及び請求）

第９　第６の規定により再接種費用の助成の決定を受けた申請者は、第８第１項の再接種を受けた日から１月以内に、予防接種再接種実施報告書兼費用助成金交付請求書（様式第６号）に次に掲げる書類を添えて、市長に提出しなければならない。ただし、市長が特別な事情があると認めた場合は、この限りではない。

(1)　母子健康手帳その他の再接種を受けた日及びワクチンの種類が確認できるものの写し
(2)　接種した医療機関の領収書及び明細書の写し
(3)　振込先口座が確認できるものの写し
(4)　その他市長が必要と認める書類

（助成金の交付決定）

第10　市長は、第９の規定による再接種の実施報告及び請求があったときは、その内容を審査し、第６の規定又は第７第３項の規定により決定した内容に適合すると認めるときは、交付すべき助成金の額を決定し、予防接種再接種費用助成金交付決定通知書（様式第７号）により通知するものとする。

２　市長は、前項の規定により交付決定したときは、速やかに助成金を交付するものとする。

（助成金の返還）

第11　市長は、申請者が偽りその他不正の手段により助成金の交付を受けたときは、期限を定めてその助成金の全部又は一部を返還させることができる。

（補則）

第12　この告示に定めるもののほか、必要な事項は、市長が別に定める。

様式第１号（第５関係）

年　　月　　日

北上市長　様

申請者　住　　所
氏　　名
被接種者との続柄
電話番号

予防接種再接種費用助成申請書

北上市特別の理由による予防接種の再接種助成金交付要綱第５の規定に基づき、次のとおり予防接種再接種費用助成の対象となるための決定を受けたいので、必要書類を添えて申請します。また、次の予防接種について、必要な情報（疾病の状況等）がある場合は、北上市がその情報を関係機関に問い合わせること及び医療機関等がこの照会について回答することに同意します。

記

<table>
<tr><td rowspan="3">被接種者</td><td>ふりがな</td><td colspan="2"></td><td>生年月日</td></tr>
<tr><td>氏　名</td><td colspan="2"></td><td>年　月　日</td></tr>
<tr><td>住　所</td><td colspan="3">□申請者と同じ（申請者と同一の住所の場合は、☑をいれて住所の記載を省略できます。）</td></tr>
<tr><td rowspan="2">接種予定医療機関</td><td>医療機関名</td><td colspan="3"></td></tr>
<tr><td>所在する市区町村名</td><td colspan="2"></td><td>電話番号</td></tr>
<tr><td rowspan="4">再接種を行う予防接種の種類及び回数</td><td>五種混合</td><td colspan="3">第１期初回（１回目　２回目　３回目）　第１期追加</td></tr>
<tr><td>二種混合</td><td colspan="3">第２期</td></tr>
<tr><td>麻しん風しん混合</td><td colspan="3">第１期　第２期</td></tr>
<tr><td>日本脳炎</td><td colspan="3">第１期初回（１回目　２回目）
第１期追加　第２期</td></tr>
</table>

	小児の肺炎球菌感染症	初回（１回目　２回目　３回目）追加
	水痘	１回目　２回目
	Ｂ型肝炎	１回目　２回目　３回目
	ヒトパピローマウイルス感染症	１回目　２回目　３回目
	その他	（　　）

【添付書類】

・予防接種再接種に係る医師の意見書（様式第２号）

・母子健康手帳その他の造血幹細胞移植等を受けるまでに接種した予防接種の記録がわかるものの写し

様式第２号（第５関係）

予防接種再接種に係る医師の意見書

造血幹細胞移植等により、次の者が接種済みの定期の予防接種の効果が期待できないと認められることから再度接種する必要があり、再接種が可能な状態であると判断します。

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、本人（保護者）も了承しています。

記

<table>
<tr><td rowspan="3">被接種者</td><td>ふりがな</td><td colspan="2"></td><td>生年月日</td></tr>
<tr><td>氏　　名</td><td colspan="2"></td><td>年　月　日</td></tr>
<tr><td>住　　所</td><td colspan="3"></td></tr>
<tr><td colspan="2">接種済みの定期予防接種の再接種が必要となった理由</td><td colspan="3">（疾病の名称）

（治療内容）
□造血幹細胞移植手術　□免疫抑制療法
□その他
（　　）</td></tr>
<tr><td colspan="2">再接種が可能となった日</td><td colspan="3">年　　月　　日</td></tr>
<tr><td colspan="2" rowspan="9">再接種が必要な予防接種の種類及び回数</td><td>五種混合</td><td colspan="2">第１期初回（１回目　２回目　３回目）　第１期追加</td></tr>
<tr><td>二種混合</td><td colspan="2">第２期</td></tr>
<tr><td>麻しん風しん混合</td><td colspan="2">第１期　第２期</td></tr>
<tr><td>日本脳炎</td><td colspan="2">第１期初回（１回目　２回目）
第１期追加　第２期</td></tr>
<tr><td>小児の肺炎球菌感染症</td><td colspan="2">初回（１回目　２回目　３回目）　追加</td></tr>
<tr><td>水痘</td><td colspan="2">１回目　２回目</td></tr>
<tr><td>Ｂ型肝炎</td><td colspan="2">１回目　２回目　３回目</td></tr>
<tr><td>ヒトパピローマウイルス感染症</td><td colspan="2">１回目　２回目　３回目</td></tr>
<tr><td>その他</td><td colspan="2">（　　）</td></tr>
</table>

年　　月　　日

医療機関名

医療機関所在地

電話番号

医師氏名　　㊞

様式第３号（第６関係）

年　　月　　日

様

北上市長　　印

予防接種再接種費用助成（一部）決定（不決定）通知書

年　月　日付けで申請のあった予防接種再接種費用助成について、北上市特別の理由による予防接種の再接種助成金交付要綱第６の規定に基づき、次のとおり決定しましたので通知します。

記

１　被接種者氏名

２　決定の内容

（１）助成対象となる予防接種

※上記以外の予防接種の費用助成を受けたい場合は、接種前に変更承認申請が必要です。

（２）助成対象とならない予防接種

（助成対象とならない理由）

（３）接種可能医療機関

※上記以外の医療機関で再接種を受ける場合は、接種前に変更承認申請が必要です。

様式第４号（第７関係）

年　　月　　日

北上市長　様

申請者　住　　所
氏　　名
被接種者との続柄
電話番号

予防接種再接種費用助成変更承認申請書

年　月　日付けで通知のあった北上市特別の理由による予防接種の再接種費用助成（一部）決定通知について、北上市特別の理由による予防接種の再接種費用助成金交付要綱第７第１項の規定により、内容を変更したいので、次のとおり申請します。また、北上市が再接種の実施に関し必要な情報（疾病の状況等）を関係機関に照会することに同意します。

記

<table>
<tr><td rowspan="3">被接種者</td><td>ふりがな</td><td></td><td>生年月日</td></tr>
<tr><td>氏　　名</td><td></td><td>年　　月　　日</td></tr>
<tr><td>住　　所</td><td colspan="2">□申請者と同じ（申請者と同一の住所の場合は、☑をいれて住所の記載を省略できます。）</td></tr>
<tr><td colspan="2">変更の内容</td><td colspan="2"></td></tr>
<tr><td colspan="2">変更の理由</td><td colspan="2"></td></tr>
</table>

【添付書類】

（再接種を行う予防接種の種類を追加する場合のみ）

・予防接種再接種に係る医師の意見書（様式第２号）

・母子健康手帳その他の造血幹細胞移植等を受けるまでの定期接種の記録がわかるものの写し

様式第５号（第７関係）

年　　月　　日

様

北上市長　　印

予防接種再接種費用助成変更承認（不承認）通知書

年　月　日付けで申請のあった北上市特別の理由による予防接種の再接種費用助成の変更承認申請について、北上市特別の理由による予防接種の再接種費用助成金交付要綱第７第３項の規定により、次のとおり決定しましたので通知します。

記

１　被接種者氏名

２　決定の内容

（１）承認の内容

（２）不承認の内容

（不承認の理由）

様式第６号（第９関係）

年　　月　　日

北上市長　様

申請者　住　　所
氏　　名
被接種者との続柄
電話番号

予防接種再接種実施報告書兼費用助成金交付請求書

年　月　日付けで予防接種再接種費用助成決定を受けた予防接種を実施しましたので、北上市特別の理由による予防接種の再接種助成金交付要綱第９の規定に基づき、必要書類を添えて、次のとおり提出します。なお、助成金は次の振込先へ振込みを依頼します。また、北上市が接種した医療機関等に対して予防接種の内容や費用等について照会すること及び医療機関等がこの照会について回答することに同意します。

記

請求金額	円

被接種者	ふりがな		生年月日
	氏　　名		年　　月　　日
	住　　所	□申請者と同じ（申請者と同一の住所の場合は、☑をいれて住所の記載を省略できます。）	

振込先	金融機関・支店名	銀行　農協　　本店 信金　労金　　支店	普通　・　当座
	フリガナ		口座番号
	口座名義人		

【添付書類】

・母子健康手帳その他の予防接種を受けた日及びワクチンの種類が確認できるものの写し

・接種した医療機関の領収書と明細書の写し（被接種者の氏名、接種日、接種料金、予防接種の種類及び接種医療機関が分かるもの）

・振込先口座番号が確認できるものの写し

・申請者と口座名義人が異なる場合は、委任状（任意様式）

様式第７号（第10関係）
北上市指令　　第　　号

年　　月　　日

様

北上市長　　印

予防接種再接種費用助成金交付決定通知書

年　月　日付けで請求のあった予防接種再接種に要した経費に対し、助成金　円を交付することに決定したので、北上市特別の理由による予防接種の再接種費用助成金交付要綱第10第１項の規定により通知します。