

結城市予防接種費用償還払いに関する要項

(趣旨)

第1条 市長は、予防接種法（昭和23年法律第68号。以下「法」という。）に基づき実施する予防接種を、本市と予防接種の実施に係る委託契約を締結した医療機関（以下「委託医療機関」という。）で受けることができない者に対して、予防接種に伴う費用を償還払いにより支給することに関し、必要な事項を定めるものとする。

(対象者)

第2条 償還払いの対象となる者は、市内に住所を有する者であって、疾病、保護者の里帰り出産等のため、委託医療機関以外で予防接種を受ける必要があるものとする。ただし、市長が特に必要と認める場合は、この限りでない。

(対象となる予防接種)

第3条 償還払いの対象となる予防接種は、次の各号に掲げる区分ごとにそれぞれ当該各号に定める市で実施する予防接種とする。

(1) 定期予防接種 法第2条第4項に規定する定期の予防接種で次に掲げるもの

ア BCG

イ ポリオ

ウ 5種混合（ジフテリア・破傷風・百日咳・ポリオ・Hib）

エ 4種混合（ジフテリア・破傷風・百日咳・ポリオ）

オ 3種混合（ジフテリア・破傷風・百日咳）

カ 2種混合（ジフテリア・破傷風）

キ 麻しん風しん混合

ク 麻しん

ケ 風しん

コ 水痘

サ 日本脳炎

シ Hib

ス 小児用肺炎球菌

セ B型肝炎

ソ ロタ

タ ヒトパピローマウイルス感染症

(2) 臨時の予防接種 法第2条第5項に規定する臨時の予防接種

(3) 任意の予防接種 小児インフルエンザの予防接種

(依頼書の申請)

第4条 償還払いを受けようとする者は、あらかじめ結城市予防接種実施依頼書交付申請書（様式第1号）により市長に申請しなければならない。

2 市長は、前項の規定による申請があった場合は、その内容を審査し、適当と認めたときは結城市予防接種実施依頼書（様式第2号）を交付するものとする。

(償還払いの額)

第5条 償還払いの額は、予防接種の実際に要した費用と、市と委託医療機関との間で締

結している契約に基づく当該予防接種の費用のいずれか少ない額とする。

（償還払いの手続）

第6条 予防接種を受けた者又は保護者は、結城市予防接種費用償還払申請書兼請求書（様式第3号）に必要事項を記入し、次に掲げる書類を添えて市長に提出するものとする。

- （1）領収書の原本（第3条に規定する予防接種であることが確認できるもの）
- （2）接種済証、予診票その他予防接種をしたことが確認できる書類の写し
- （3）母子健康手帳その他予防接種の記録が記載されているものの写し
- （4）前3号に掲げるもののほか、市長が必要と認める書類

（申請及び請求の期限等）

第7条 前条の規定による申請及び請求の期限は、予防接種を受けた日の属する年度の3月末日までとする。ただし、市長がやむを得ないと特に認める場合は、この限りでない。

2 市長は、前項の規定による申請及び請求を受けたときは、その内容を審査し、結城市予防接種費用支給決定通知書（様式第4号）又は結城市予防接種費用不支給決定通知書（様式第5号）により当該請求を行った者に通知するとともに、支給を決定した場合は、速やかに支払いを行うものとする。

（取消及び返還）

第8条 市長は、虚偽その他不正な手段により償還払いを受けた者があった場合は、当該償還払をすることとした決定の全部又は一部を取り消し、償還払いした額を返還させることができる。

（関係機関との連携）

第9条 市長は、償還払いを行うことの決定のための調査又は過去に決定した償還払いに係る調査のために特に必要と認めるときは、申請書で取得している同意の範囲内で、官公署その他の関係機関に対し、必要な資料の提供を求め、又は事実の確認若しくは聴取を行うことができる。

（補則）

第10条 この要項に定めるもののほか、必要な事項は、市長が別に定める。

付 則

この要項は、令和5年4月1日から施行する。

付 則

この要項は、令和6年4月1日から施行する。

様式第 1 号（第 4 条関係）

年 月 日

結城市長

様

住 所 〒

氏 名

（被接種者との続柄 ）

結城市予防接種実施依頼書交付申請書

下記のとおり、予防接種を受けたいので予防接種依頼書の交付を申請します。

予防接種名		
被 接 種 者	住所	〒
	フリガナ 氏名	
	生年月日	年 月 日
	電話番号	
保護者氏名		
滞 在 先	住所	〒 様方
	電話番号	
実 施 医 療 機 関	医療機関名	
	所在地	〒
	電話番号	
依頼期間		年 月 日から 年 月 日まで
郵送先		（１）自宅 （２）滞在先 （３）その他（ ） 〒
申請理由		

様式第 2 号（第 4 条関係）

第 号
年 月 日

様

結城市長

結城市予防接種実施依頼書

このことについて、下記の理由により貴医療機関において予防接種を受けることを希望していますので、接種方よろしくお取り計らいくださいますようお願いいたします。

なお、予防接種後に健康被害が発生した場合は、予防接種法の規定により救済措置を行います。

また、接種料金が必要な場合は、本人又は保護者から徴収してください。

接種終了後は、領収書及び予診票を本人又は保護者へ交付いただきますようお願いいたします。

記

予防接種名		
被 接 種 者	住所	〒
	フリガナ 氏名	
	生年月日	年 月 日
	電話番号	
保護者氏名		
滞 在 先	住所	〒 様方
	電話番号	
依頼理由		
有効期限		年 月 日まで

年 月 日

結城市長 様

住 所 〒
氏 名
(被接種者との続柄)

結城市予防接種費用償還払申請書兼請求書

予防接種費用の償還払を受けたいので、結城市予防接種費用の償還払いに関する要項の第 6 条の規定により、関係書類を添えて次のとおり申請・請求します。

申請・請求額		円									
被接種者	住所	〒									
	フリガナ 氏名										
	生年月日	年 月 日									
	電話番号										
保護者氏名											
振込先	金融機関名			銀行・信用金庫 信用組合・労働金庫 農業協同組合		支店名				支 店 出張所 営業部	
	銀行コード					支店 コード					
	預金種別	1 普通預金		2 当座預金		3 その他 ()					
	口座番号										
	フリガナ										
	口座名義										
予防接種内訳		予防接種名		回数		接種日		金額			

【同意事項】

この申請に係る住民基本台帳（申請者と被接種者が異なる場合は、双方の登録事項）及び医療機関等における情報について、結城市が必要と認める時は調査を行うことに同意しますか。	☐ はい ☐ いいえ
---	---

結城市長

年 月 日付で申請のありました予防接種の償還払いについて、下記のとおり支給することに決定しましたので、結城市予防接種費用の償還払に関する要項第7条第3項の規定により通知します。

1	支給決定額		円
2	振込予定日	年	月 日
3	支払方法	口座振込	

--	--	--	--	--	--

様式第 5 号（第 7 条関係）

結健第 号
年 月 日

様

結城市長

結城市予防接種費用不支給決定通知書

年 月 日付で申請のありました予防接種の償還払いについて、次の理由により不支給とすることに決定したので通知します。

理由：