

令和6年度結城市骨髄移植等に係る予防接種再接種費用助成金交付要項

(目的)

第1条 この要項は、予防接種法（昭和23年法律第68号）に基づき接種した予防接種の予防効果が、骨髄移植等の医療行為（以下「骨髄移植」という。）により期待できないと医師に判断され、再度の予防接種（以下「再接種」という。）を受ける者に対し、予算の範囲内で令和6年度結城市骨髄移植等に係る予防接種再接種費用助成金（以下「助成金」という。）を交付することにより、経済的負担の軽減及び感染症の蔓延予防を図ることを目的とする。

(対象者)

第2条 助成金の交付対象となる者（以下「交付対象者」という。）は、次の各号のいずれにも該当する者又はその保護者とする。

- (1) 骨髄移植により、接種済みの予防接種の予防効果が期待できないと医師に判断された者
- (2) 再接種を受ける日において20歳未満の者
- (3) 再接種を受ける日から第4条の規定による申請の日まで継続して結城市（以下「市」という。）の住民基本台帳に記録されている者
- (4) 市税等（市民税、固定資産税、軽自動車税、国民健康保険税、介護保険料及び後期高齢者医療保険料をいう。）を滞納していない者

(助成額)

第3条 助成額は、再接種に要した費用と市が予防接種の実施を委託した医療機関と締結する契約に定めた費用を比較して少ない方の額とする。

(申請)

第4条 助成金の交付を受けようとする交付対象者は、令和6年度結城市骨髄移植等に係る予防接種再接種費用助成金交付申請書（様式第1号）に必要事項を記入し、次に掲げる書類を添付して市長に提出しなければならない。

- (1) 令和6年度結城市骨髄移植等に係る予防接種再接種費用助成金交付申請に係る状況確認に関する同意書（様式第2号）
- (2) 結城市骨髄移植等に係る予防接種再接種診療状況提供書（様式第3号）
- (3) 母子健康手帳の予防接種記録の写し又は骨髄移植による再接種の理由が生じる以前に受けた予防接種の履歴が確認できる書類
- (4) 再接種した予防接種費用の領収書
- (5) 予防接種済証など再接種を受けたことを証する書類
- (6) 前各号に掲げるもののほか、市長が特に必要と認める書類

(申請期限)

第5条 助成金の申請期限は、令和7年3月31日とする。

(審査及び交付決定)

第6条 市長は、第4条の規定による申請があったときは、その内容を審査の上、助成金の交付の可否を決定し、令和6年度結城市骨髄移植等に係る予防接種再接種費用助成金交付（不交付）決定通知（様式第3号）により交付対象者に通知するものとする。

(交付方法)

第7条 助成金の交付は、交付対象者が指定する金融機関の口座に振り込むことにより行うものとする。

(不当利得の返還)

第8条 市長は、偽りその他の不正の手段により助成金の交付を受けた者に対し、交付を行った助成金の返還を求めるものとする。

(補則)

第9条 この要項に定めるもののほか、必要な事項は、別に定める。

付 則

この要項は、令和6年10月1日から施行する。

結 城 市 長 様

(申請者)

住 所

氏 名

連絡先

令和6年度結城市骨髄移植等に係る予防接種再接種費用助成金交付申請書

骨髄移植等に係る予防接種再接種を受けたいので、令和6年度結城市骨髄移植等に係る予防接種再接種費用助成金交付要項第4条の規定により、下記のとおり申請します。

記

接 種 対 象 者	氏 名	<input type="checkbox"/> 申請者と同じ		
	現 住 所	<input type="checkbox"/> 申請者と同じ		
	生年月日	年	月	日
	再 接 種 ワクチン	※ 複数のワクチン を再接種した場合は、裏面にご記入 ください。		
	期・回数等			
再接種日	年	月	日	
指 定 振 込 口 座	金融機関名	銀行・信用金庫・農協		支店
	口座種別	普通・当座・その他	口座番号	
	口座名義			

- 添付書類
- (1) 令和6年度結城市骨髄移植等に係る予防接種再接種費用助成金交付申請に係る状況確認に関する同意書（様式第2号）
 - (2) 結城市骨髄移植等に係る予防接種再接種診療情報提供書（様式第3号）
 - (3) 予防接種費用の領収書
 - (4) 予防接種済証など予防接種を受けたことを証する書類

(裏面)

No.	再接種ワクチン	期・回数等	再接種日
1			年 月 日
2			年 月 日
3			年 月 日
4			年 月 日
5			年 月 日
6			年 月 日
7			年 月 日
8			年 月 日
9			年 月 日
10			年 月 日

結城市長 様

令和6年度結城市骨髄移植等に係る予防接種再接種費用助成金交付申請に係る状況確認に関する同意書

令和6年度結城市骨髄移植等に係る予防接種再接種費用助成金を申請するに当たり、下記の事項について市職員が閲覧及び照会をすることに同意します。

記

- 1 住居及び親子関係等の状況
（戸籍及び住民基本台帳等）
- 2 市税等の納税状況
（市民税、固定資産税（都市計画税）、軽自動車税、国民健康保険税、介護保険料及び後期高齢者医療保険料）

（申請者）

住 所 _____

氏 名 _____

市処理欄

<input type="checkbox"/> 住民となった日	年 月 日
<input type="checkbox"/> 公簿確認（戸籍又は住民基本台帳） 年 月 日 確認者（ ）	
<input type="checkbox"/> 添 付	
<input type="checkbox"/> 市税等滞納（有・無） 年 月 日 確認者（ ）	

様式第3号（第4条関係）

結城市骨髄移植等に係る予防接種再接種診療情報提供書

結城市長 様

骨髄移植等に係る予防接種再接種について、情報提供いたします。

（本人・保護者記入欄）

接 種 対 象 者	氏 名	
	現 住 所	
	生 年 月 日	年 月 日

（医療機関記入欄）

既に接種を受けた定期予防接種の予防効果が期待できないと判断する理由	
再接種が必要な定期予防接種の種類 （該当の番号に○）	1 ジフテリア 2 百日咳 3 急性灰白髄炎 4 麻しん 5 風しん 6 日本脳炎 7 破傷風 8 結核 9 Hib 感染症 10 肺炎球菌感染症 11 ヒトパピローマウイルス感染症 12 水痘 13 B型肝炎 14 ロタウイルス感染症
接種対象者は、診察の結果、接種済みの予防接種の予防効果が期待できないと判断するため、再接種が必要であると思われます。	
年 月 日	
医療機関名	
医 師 名	

※ この診療情報提供書は、健康保険給付対象の診療情報提供料（I）として記入してください（接種対象者1人につき月1回に限り250点を算定）。

第 号
年 月 日

様

結城市長

令和 6 年度結城市骨髄移植等に係る予防接種再接種費用助成金交付（不交付）
決定通知

年 月 日付けで申請のあった助成金について、交付（不交付）とすることを決定したので、令和 6 年度結城市骨髄移植等に係る予防接種再接種費用助成金交付要項第 6 条の規定により下記のとおり通知します。

記

（交付の場合）

助成額及び振込予定日

助成額	円
内 訳	
振込予定日	年 月 日

（不交付の場合）

不交付の理由

--