

## 川崎市特別の理由による予防接種の再接種費用助成実施要綱

### (目的)

第1条 この要綱は、骨髄移植等の治療により予防接種法（昭和23年法律第68号。以下「法」という。）第5条第1項に規定による予防接種（以下「定期予防接種」という。）の予防効果が期待できなくなったと判断され、法第2条第2項に規定するA類疾病に係る予防接種を再接種する者の経済的負担の軽減を図るとともに、感染症の発生及びまん延を防止するため、当該予防接種に要する費用を助成することに関し必要な事項を定めるものとする。

### (再接種費用助成の対象者)

第2条 予防接種の再接種に係る費用助成の対象者は、次の各号に掲げるいずれにも該当する者とする。

- (1) 骨髄移植等による治療その他の理由により、接種済みの定期予防接種の効果が期待できないと医師に判断されている者
- (2) 予防接種の再接種が行われる日において、川崎市に住民登録を有する者
- (3) 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。）に規定する定期予防接種を受けた者

### (再接種費用助成の申請者)

第3条 予防接種の再接種に係る費用助成の申請者は、前条に規定する対象者本人とする。

- 2 前条に規定する対象者が18歳未満の者又は成年被後見人であるときは、前項の申請者は、対象者の保護者（親権を行う者、後見人又はその他現に対象者を養育している者をいう。）とする。

### (対象となる予防接種)

第4条 費用助成の対象となる予防接種の種類及び回数は、次の各号に掲げる

いずれにも該当するものとする。

(1) 予防接種の種類は、法第2条第2項に規定するA類疾病に係る予防接種のうち医師が再接種の必要があると判断した予防接種であること。

(2) 予防接種の回数は、実施規則に規定する回数までであること。

(3) 平成31年4月1日以降に再接種が行われるものであること。

(4) 20歳に達する日又は第7条における決定の日付から1年を経過した日のうちいずれか遅い日までの間に再接種が行われるものであること。

(費用助成の範囲)

第5条 費用助成の範囲は、前条の規定により再接種を行った予防接種に要した費用とする。

(助成の認定申請)

第6条 助成の対象者が接種を受けようとするときは、再接種を受ける前に次の各号に掲げる書類を提出しなければならない。

(1) 特別の理由による予防接種の再接種費用助成認定申請書(第1号様式)

(2) 特別の理由による予防接種の再接種に関する承諾書(第2号様式)

(3) 特別の理由による予防接種の再接種に関する主治医理由書及び再接種医承諾書(第3号様式)

(助成の認定)

第7条 市長は、前条に基づく申請を承認することに決定したときは、特別の理由による予防接種の再接種費用助成承認決定通知書(第4号様式)を交付する。

(助成金の申請)

第8条 助成金の申請にあたっては、前条による認定に基づき、予防接種の再接種を受けた日(複数の予防接種を受けるときは、最終の接種日)から1年以内に特別の理由による予防接種の再接種に係る費用支払申請書(第5号様式)

式)に次の各号に掲げる書類を添えて市長に申請しなければならない。

(1) 予防接種の再接種に要した費用に係る領収書の原本

(2) 予防接種の再接種を受けたことを証明する書類又はその写し

(3) 振込先金融機関通帳の写し(金融機関名、支店名、預金種目、口座番号及び口座名義人氏名の記載されている箇所)

(助成金の支払)

第9条 市長は、前条による申請を受けたときは、その内容を審査し、助成金の支払を決定する。

2 市長は、助成金支払いの決定を受けた者に対し、その者の指定する金融機関へ口座振込により支払うものとする。

(返還)

第10条 市長は、偽りその他不正な手段により、助成を受けた者があるときは、既に支払った助成金の全部又は一部を返還させることができる。

(健康被害の救済の説明)

第11条 市長は、この要綱に基づく予防接種により健康被害が生じた場合の救済制度について、申請者に対し十分な説明を行うものとする。

(委任)

第12条 この要綱に定めるもののほか必要な事項は、健康福祉局長が定める。

附 則

この要綱は、平成31年4月1日から施行する。

附 則

この要綱は、令和5年4月1日から施行する。

## 附 則

### (施行期日)

- 1 この要綱は、令和6年6月1日から施行する。

### (経過措置)

- 2 改正前の要綱の規定により調製した帳票で、現に残存するものについては、当分の間、必要な箇所を訂正した上、引き続きこれを使用することができる。

第1号様式

特別の理由による予防接種の再接種費用助成認定申請書

年 月 日

(宛先) 川崎市長

申請者 住 所 .....  
氏 名 .....印  
連絡先 .....

特別の理由による予防接種の再接種費用助成実施要綱第6条の規定により、次のとおり申請します。

接種対象者	住 所	※申請者住所と同じときは、記載は不要です。
	ふりがな 氏 名	
	生年月日	年 月 日生まれ (満 歳 か月)
再接種が必要となった病名		
再接種する予防接種の種類等	添付の「特別の理由による予防接種の再接種に関する主治医意見書及び再接種医承諾書」のとおり	
治療医療機関	名 称 所在地 連絡先	
再接種医療機関	名 称 所在地 連絡先	※治療を行った医療機関と再接種を行う医療機関が同一の場合は、記載が不要です。

添付書類

- 1 特別の理由による予防接種の再接種に関する承諾書 (第2号様式)
- 2 特別の理由による予防接種の再接種に関する主治医意見書及び再接種医承諾書 (第3号様式)

特別の理由による予防接種の再接種に関する承諾書

(宛先) 川崎市長

川崎市長が助成の決定にあたり、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、関係医療機関に問い合わせることを承諾します。

また、川崎市から配られた説明書を読み、予防接種の効果や目的、重篤な副反応の可能性、医薬品医療機器総合機構法に基づく救済制度などについて理解した上で、再接種費用の助成を希望します。

なお、再接種による健康被害が発生した場合において、独立行政法人医薬品医療機器総合機構による救済制度が適用できない可能性があることもあわせて承諾します。

年 月 日

申 請 者 住 所 .....

(兼本人又は 氏 名 ..... 印

保護者同意欄) 連絡先 .....

第3号様式

特別の理由による予防接種の再接種に関する主治医理由書及び  
再接種医承諾書

骨髄移植等の治療により、接種済みの定期予防接種の効果が期待できないため、予防接種の再接種が必要であると認められるため、次のとおり理由書を提出します。

なお、再接種の必要性及び副反応等について、対象者（対象者が16歳未満の場合はその保護者）へ説明を行っています。

対象者	ふりがな 氏名		生年月日	年 月 日
	住所			
病名				
病状及び治療内容				
接種済みの定期予防接種の効果が期待できないため再接種を必要とする理由				
再接種が可能となった日		年 月 日		
再接種をする予防接種の種類及び回数		裏面に記載のとおり		

年 月 日

主治医 所在地 .....

医療機関名称 .....

医師氏名 ..... 印

連絡先 .....

主治医から情報提供を受けたうえで、上記の予防接種の再接種を行うことを承諾します。

年 月 日

再接種医 所在地 .....

医療機関名称 .....

医師氏名 ..... 印

連絡先 .....

※ 治療を行った医療機関（主治医）と再接種を行う医療機関が同一の場合は、再接種医の承諾の記載は不要です。

## 再接種を必要とする予防接種

予防接種の種類		予防接種の回数			
	肺炎球菌感染症	初回接種 1 回目		初回接種 2 回目	
		初回接種 3 回目		追加接種	
	B 型肝炎	1 回目		2 回目	
		3 回目			
	ジフテリア・百日せき・破傷風・ポリオ・Hib ・ 5 種混合 (D P T - I P V - H i b)	1 期初回 1 回目		1 期初回 2 回目	
		1 期初回 3 回目		1 期追加	
	ジフテリア・百日せき・破傷風・ポリオ ・ 4 種混合 (D P T - I P V)	1 期初回 1 回目		1 期初回 2 回目	
		1 期初回 3 回目		1 期追加	
	ジフテリア・百日関・破傷風 ・ 3 種混合 (D P T)	1 期初回 1 回目		1 期初回 2 回目	
		1 期初回 3 回目		1 期追加	
	ポリオ ※単独ワクチンを使用する場合	初回接種 1 回目		初回接種 2 回目	
		初回接種 3 回目		追加接種	
	H i b 感染症 ※単独ワクチンを使用する場合	初回接種 1 回目		初回接種 2 回目	
		初回接種 3 回目		追加接種	
	B C G	/			
	麻しん・風しん	1 期		2 期	
	水痘	1 回目		2 回目	
	日本脳炎	1 期初回 1 回目		1 期初回 2 回目	
		1 期追加		2 期	
	ジフテリア・破傷風	2 期			
	ヒトパピローマウイルス 感染症	1 回目		2 回目	
		3 回目			

※該当する予防接種の種類及び予防接種の回数に○をつけてください。

第 号  
年 月 日

特別の理由による予防接種の再接種費用助成承認決定通知書

住 所  
氏 名 様

年 月 日付けで申請がありました特別の理由による予防接種の再接種費用助成については、次のとおり決定しましたので通知します。

川崎市長 印

1 再接種対象者 住 所  
氏 名  
生年月日

2 助成の対象となる予防接種の種類及び回数

第5号様式

特別の理由による予防接種の再接種に係る費用支払申請書

年 月 日

(宛先) 川崎市長

申請者 住 所 .....  
 氏 名 ..... 印  
 連絡先 .....

年 月 日付けで助成承認決定のありました特別の理由による予防接種の再接種費用の支払いを次のとおり申請します。

1 予防接種を受けた者

フリガナ		生年月日	年 月 日
氏 名			
住 所	※申請者と異なる場合のみ記入		

2 請求金額 円(下記内訳の接種費用合計金額)  
 (内訳)

予防接種の種類	回数	接 種 日	金額 (内訳)
	回目	年 月 日	円
	回目	年 月 日	円
	回目	年 月 日	円
	回目	年 月 日	円
	回目	年 月 日	円
	回目	年 月 日	円
	回目	年 月 日	円
	回目	年 月 日	円

3 振込先口座

金融機関名		銀行 組合 金庫	支店名		支店 本店 出張所	普通・当座
金融機関 コード			支店コード			
口座番号						※ゆうちょ銀行を指定される場合は、他の金融機関から振込用口座を御記入ください。
フリガナ						予防接種を受けた者 との続柄
口座名義						

添付書類

- 1 予防接種の再接種に要した費用に係る領収書 (原本)
- 2 予防接種の再接種を受けたことを証明する書類又はその写し (予診票の控え)
- 3 振込先金融機関通帳の写し (金融機関名、支店名、預金種目、口座番号及び口座名義人氏名の記載されている箇所)
- 4 本人確認書類 (運転免許証、健康保険証等の写し)