

春日井市指定医療機関外予防接種に係る補助金交付要綱

(趣旨)

第1条 この要綱は、感染のおそれがある疾病の発生及びまん延を予防するため、春日井市と予防接種業務委託契約している指定医療機関（以下「指定医療機関」という。）以外の医療機関で定期予防接種を受ける者に対し、予算の範囲内で補助金を交付するものとし、その交付について必要な事項を定めるものとする。

(定義)

第2条 この要綱において、次の各号に掲げる用語の意義は、それぞれ当該各号に定めるところによる。

- (1) 定期予防接種 予防接種法（昭和23年法律第68号）の規定により予防接種名及びその接種時期が定められ、市が実施主体者となることが義務付けられているものをいう。
- (2) A類疾病 予防接種法第2条第2項に規定された疾病をいう。
- (3) B類疾病 予防接種法第2条第3項に規定された疾病をいう。

(補助の対象)

第3条 補助金の交付の対象となる者は、市民のうち次の各号に掲げる者で指定医療機関以外において定期予防接種を受ける者とする。

- (1) かかりつけ医又は主治医による接種を希望する者
- (2) 市外に滞在している者
- (3) 医療機関に入院している者
- (4) 高齢者施設等に入所している者
- (5) 前各号に掲げるもののほか市長が必要と認める者

(補助金の額)

第4条 補助金の額は、次の表の左欄に掲げるワクチンの種類に応じ、それぞれ同表の右欄に定める額を限度とする。

種 類	金 額	
B型肝炎	8,299 円	
経口弱毒生ヒトロタウイルス	16,775 円	
五価経口弱毒生ロタウイルス	11,748 円	
ヒブ	9,033 円	
小児用肺炎球菌	12,399 円	
四種混合	13,774 円	
B C G	11,605 円	
麻しん風しん混合	12,726 円	
麻しん	9,735 円	
風しん	9,746 円	
水痘	11,055 円	
日本脳炎	9,649 円	
二種混合	7,598 円	
子宮頸がん	16,852 円	
三種混合	8,195 円	
ポリオ	11,154 円	
高齢者インフルエンザ	生活保護受給者以外	2,875円 (接種費用が4,075円を下回る場合にあっては、当該金額から1,200円を差し引いた額)
	生活保護受給者	4,075円
高齢者肺炎球菌	生活保護受給者以外	6,075円 (接種費用が8,475円を下回る場合にあっては、当該金額から2,400円を差し引いた額)
	生活保護受給者	8,475円
予診のみ実施 (A類疾病)		3,817円
予診のみ実施 (B類疾病)		1,020円

(接種の申請)

第5条 指定医療機関以外の医療機関で定期予防接種を受けようとする者又はその保護者は、春日井市指定医療機関外予防接種実施依頼申請書（第1号様式）を市長に提出しなければならない。

(接種の依頼)

第6条 市長は、前条の規定による申請があったときは、これを審査し、適当と認める者に対し、春日井市指定医療機関外予防接種実施決定通知書（第2号様式）により通知するとともに、定期予防接種を行う医師に対し、春日井市指定医療機関外予防接種実施依頼書（第3号様式）により依頼するものとする。

(補助金の交付)

第7条 前条の規定により定期予防接種を受けた者で、補助金の交付を受けようとする者（以下「申請者」という。）は、春日井市指定医療機関外予防接種補助金交付申請書兼請求書（第4号様式）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) 予防接種予診票

(2) 予防接種に係る料金を支払ったことを証する書類

2 前項の規定による申請は、定期予防接種を受けた年度の3月31日までに行わなければならない。

3 市長は、第1項の規定による申請があったときは、その内容を審査し、適当と認めるときは、春日井市指定医療機関外予防接種補助金交付決定通知書及び補助金額決定通知書（第5号様式）により申請者に通知するものとする。

4 補助金は、申請者から指定された金融機関の口座に振り込むことにより行うものとする。

(返還)

第8条 市長は、偽りその他不正の手段等により補助金の交付を受けた者に対し、前条の決定の全部若しくは一部を取り消し、又はすでに交付した費用の全部若しくは一部を返還させることがある。

(雑則)

第9条 この要綱に定めるもののほか必要な事項は、別に定める。

附 則

- 1 この要綱は、平成18年4月1日から施行する。
- 2 令和4度に限り、第4条の表中高齢者インフルエンザの生活保護受給者以外に係る補助金額は、同表の規定にかかわらず、4,075円とする。

附 則

この要綱は、平成18年7月10日から施行し、改正後の春日井市指定医療機関外予防接種に係る補助金交付要綱の規定は、平成18年4月1日から適用する。

附 則

- 1 この要綱は、平成19年4月1日から施行する。
- 2 この要綱の施行の際、現に春日井市指定医療機関外予防接種に係る補助金交付要綱の規定に基づいて調整されている用紙類は、この要綱の規定にかかわらず、当分の間、そのまま又は所要の訂正をして使用することがある。

附 則

この要綱は、平成20年9月1日から施行する。

附 則

この要綱は、平成21年6月1日から施行する。

附 則

- 1 この要綱は、平成23年4月1日から施行する。
- 2 この要綱施行の際、改正前の春日井市指定医療機関外予防接種に係る補助金交付要綱の規定に基づいて調製されている用紙類は、改正後の春日井市指定医療機関外予防接種に係る補助金交付要綱の規定にかかわらず、当分の間、そのまま又は所要の訂正をして使用することがある。

附 則

- 1 この要綱は、平成24年9月1日から施行する。
- 2 改正後の春日井市指定医療機関外予防接種に係る補助金交付要綱の規定は、接種日が平成24年9月1日以降の予防接種に係る補助金について適用し、接種日が同日前の予防接種に係る補助金については、なお従前の例による。

附 則

この要綱は、平成24年11月1日から施行する。

附 則

この要綱は、平成25年4月1日から施行する。

附 則

この要綱は、平成26年4月1日から施行する。

附 則

この要綱は、平成26年10月1日から施行する。

附 則

この要綱は、平成28年10月1日から施行する。

附 則

- 1 この要綱は、令和元年10月23日から施行し、令和元年10月1日以降に行った定期予防接種に係る補助金から適用する。
- 2 この要綱の施行の際、改正前の春日井市指定医療機関外予防接種に係る補助金交付要綱に基づいて調製されている用紙類は、改正後の春日井市指定医療機関外予防接種に係る補助金交付要綱にかかわらず、当分の間、そのまま又は所要の訂正をして使用することができる。

附 則

この要綱は、令和2年5月22日から施行し、令和2年4月1日以降に行った定期予防接種に係る補助金から適用する。

附 則

この要綱は、令和2年10月1日から施行する。

附 則

- 1 この要綱は、令和3年2月1日から施行する。
- 2 この要綱の施行の際、改正前の春日井市指定医療機関外予防接種に係る補助金交付要綱に基づいて調製されている用紙類は、改正後の春日井市指定医療機関外予防接種に係る補助金交付要綱にかかわらず、当分の間、そのまま又は所要の訂正をして使用することができる。

附 則

- 1 この要綱は、令和3年4月1日から施行する。
- 2 この要綱の施行の際、改正前の春日井市指定医療機関外予防接種に係る補助金交付要綱に基づいて調製されている用紙類は、改正後の春日井市指定医療機関外予防接種に係る補助金交付要綱にかかわらず、当分の間、そのまま又は所要の訂正をして使用することがある。

附 則

- 1 この要綱は、令和4年4月1日から施行する。
- 2 改正後の春日井市指定医療機関外予防接種に係る補助金交付要綱の規定は、令和4年4月1日以後に受ける予防接種に係る補助金について適用し、同日前に受ける予防接種に係る補助金については、なお従前の例による。

附 則

(施行期日)

- 1 この要綱は、令和4年10月1日から施行する。

(経過措置)

- 2 改正後の春日井市指定医療機関外予防接種に係る補助金交付要綱の規定は、令和4年10月1日以後に受ける予防接種に係る補助金について適用し、同日前に受ける予防接種に係る補助金については、なお従前の例による。
- 3 この要綱の施行の際、改正前の春日井市指定医療機関外予防接種に係る補助金交付要綱に基づいて調製されている用紙類は、改正後の春日井市指定医療機関外予防接種に係る補助金交付要綱にかかわらず、当分の間、そのまま

又は所要の訂正をして使用することがある。

第1号様式（第5条関係）
その1（A類疾病用）

年 月 日

（宛先）春日井市長

住 所

申請者

フリ ガナ
氏 名

続柄・関係
()

電話番号

春日井市指定医療機関外予防接種実施依頼申請書

春日井市指定医療機関外予防接種に係る補助金交付要綱の規定に基づき、次のとおり指定医療機関外での予防接種実施依頼書の発行について申請します。

被接種者	フリ ガナ 氏 名		性別	
	生年月日	年 月 日	(歳 か月)	
	住 所			
滞在地	住所			
	電話番号			
連絡のとれる電話番号				
予 防 接 種 名				
実施医療機関	フリ ガナ 名 称			
	電話番号		都・道 府・県	市 区
依 頼 理 由				
郵送先				
接種の予約日		1 有 (月 日)	2 無	

第1号様式（第5条関係）

その2（B類疾病用）

年 月 日

（宛先）春日井市長

住所 [〒] _____
申請者 フリガナ 氏 名 _____
（被接種者） 生年月日 _____ 年 月 日（ 歳）
連絡先 _____ 続柄・関係
（ ）

春日井市指定医療機関外予防接種実施依頼申請書

春日井市指定医療機関外予防接種に係る補助金交付要綱の規定に基づき、次のとおり指定医療機関外での予防接種実施依頼書の発行について申請します。

滞在地	住所		
	電話番号		
予 防 接 種 名			
実施医療機関	<small>フリガナ</small> 名称		
	電話番号	都・道 府・県	市 区
依 頼 理 由			
生活保護受給	1 無	2 有	
郵 送 先			
接種の予約日	1 有（ 月 日）	2 無	

第 号
年 月 日

様

春日井市長

春日井市指定医療機関外予防接種実施決定通知書

春日井市指定医療機関外予防接種に係る補助金交付要綱の規定に基づき、指定医療機関外での接種について決定したので次のとおり通知します。

被接種者	氏 名		
	生年月日	年	月 日
	住 所		
予 防 接 種 名	開始日	有効期限	
滞 在 地 住 所			
依 頼 理 由			
実 施 医 療 機 関 名			

第3号様式（第6条関係）

その1（A類疾病用）

第 号
年 月 日

様

春日井市長

春日井市指定医療機関外予防接種実施依頼書

このことについて、次のとおり定期予防接種を実施して下さるようお願いいたします。

なお、当該接種に起因する健康被害が生じた場合は、予防接種法第15条の規定に基づき、当市が責任をもって処理いたします。

被接種者	氏名		
	生年月日	年	月 日
	住所		
予 防 接 種 名		開始日	有効期限
申請者	氏名		
	住所		
連絡の取れる電話番号			
滞 在 地 住 所			
依 頼 理 由			
注意事項			

第3号様式（第6条関係）

その2（B類疾病用）

第 号
年 月 日

様

春日井市長

春日井市指定医療機関外予防接種実施依頼書

このことについて、次のとおり定期予防接種を実施して下さるようお願いいたします。

なお、当該接種に起因する健康被害が生じた場合は、予防接種法第15条の規定に基づき、当市が責任をもって処理いたします。

被接種者	氏 名		
	生年月日	年	月 日
	住 所		
予 防 接 種 名		開始日	有効期限
滞 在 地 住 所			
連絡の取れる電話番号			
依 頼 理 由			
注意事項			

第4号様式（第7条関係）

その1（A類疾病用）

年 月 日

（宛先）春日井市長

住 所

申請者 フリ ガナ 氏 名 続柄・関係 ()

電話番号

春日井市指定医療機関外予防接種補助金交付申請書兼請求書

春日井市指定医療機関外予防接種に係る補助金交付要綱の規定に基づき、予防接種の補助金について申請します。

被接種者	<small>フリ ガナ</small> 氏 名	
	生年月日	年 月 日
	住 所	
予 防 接 種 名		
滞 在 地 住 所		
実 施 医 療 機 関 名		

請求書額 _____ 円

内訳

予防接種名	単価	回数	金額

金融機関		銀行 信用金庫 農協	預金種別	普通 当座	口座番号	
		支店 本店 支所			フリガナ 口座名義人	

※申請者氏名は口座名義人と同一でお願いします。

申請者氏名と異なる名義の口座に振り込みを希望される場合、下欄に記入をお願いします。

※委任状 私は、上記口座名義人に接種費用の受領に関する一切の権限を委任します。 令和 年 月 日 申請者氏名
--

第4号様式（第7条関係）

その2（B類疾病用）

年 月 日

（宛先）春日井市長

住 所 春日井市

申請者 フリ ガナ 氏 名
（被接種者）

生年月日 年 月 日（ 歳）

連絡先

春日井市指定医療機関外予防接種補助金交付申請書兼請求書

春日井市指定医療機関外予防接種に係る補助金交付要綱の規定に基づき、予防接種の補助金について申請します。また、補助金交付が決定した場合は、次のとおり交付を請求書します。

予 防 接 種 名		
滞在地	住 所	
	電 話 番 号	
実 施 医 療 機 関 名		

請求書額 円

金 融 機 関		銀 行 信 用 金 庫 農 協	預 金 種 別	普 通	口 座 番 号	
		支 店 本 店 支 所		当 座	フリガナ 口 座 名 義 人	

※申請者氏名は口座名義人と同一でお願いします。

申請者氏名と異なる名義の口座に振り込みを希望される場合、下欄に記入をお願いします。

※委任状

私は、上記口座名義人に接種費用の受領に関する一切の権限を委任します。

令和 年 月 日

申請者氏名

第5号様式（第7条関係）

その1（A類疾病用）

第 号
年 月 日

様

春日井市長

春日井市指定医療機関外予防接種補助金交付決定通知書
及び補助金額決定通知書

春日井市指定医療機関外予防接種に係る補助金交付要綱の規定に基づき、補助金交付決定及び補助金額について次のとおり通知します。

補助決定額	金 円
被接種者氏名	
被接種者生年月日	年 月 日
予防接種名	

内訳

予防接種名	接種日	補助金額（円）	予防接種名	接種日	補助金額（円）
合計（円）					

その2 (B類疾病用)

第 号
年 月 日

様

春日井市長

春日井市指定医療機関外予防接種補助金交付決定通知書
及び補助金額決定通知書

春日井市指定医療機関外予防接種に係る補助金交付要綱の規定に基づき、補助金交付決定及び補助金額について次のとおり通知します。

補助決定額	金 円
被接種者氏名	
被接種者生年月日	年 月 日
予防接種名	