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。

⑴　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。

⑵　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。

⑶　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。

⑴　かかりつけ医又は主治医による接種を希望する者

⑵　市外に滞在している者

⑶　医療機関に入院している者

⑷　高齢者施設等に入所している者

⑸　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
A類疾病	Ｂ型肝炎		8,387 円
	経口弱毒生ヒトロタウイルス		16,863 円
	五価経口弱毒生ロタウイルス		11,836 円
	ヒブ		11,036 円
	小児用肺炎球菌		12,487 円
	五種混合		22,253 円
	四種混合		13,862 円
	ＢＣＧ		13,343 円
	麻しん風しん混合		12,814 円
	麻しん		9,823 円
	風しん		9,834 円
	水痘		11,143 円
	日本脳炎		9,737 円
	二種混合		6,861 円
	子宮頸がん	２価ワクチン ４価ワクチン	16,115 円
		９価ワクチン	28,468 円
	三種混合		8,283 円
	ポリオ		11,242 円

種類			金額
B類疾病	高齢者インフルエンザ	生活保護受給者以外	2,965円 （接種費用が4,165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	4,165円
	高齢者肺炎球菌	生活保護受給者以外	6,165円 （接種費用が8,565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	8,565円
	新型コロナウイルス感染症	生活保護受給者以外	13,340円 （接種費用が15,840円を下回る場合にあっては、当該金額から2,500円を差し引いた額）
		生活保護受給者	15,840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。

⑴　予防接種予診票

⑵　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。

附　則

１　この要綱は、令和５年11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５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。

附　則

1　この要綱は、令和６年７月17日から施行する。

2　改正後の第４条の規定は、令和６年４月１日以後に受けた予防接種に係る補助金について適用し、同日前に受けた予防接種に関わ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。

附　則

1　この要綱は、令和６年12月17日から施行する。

2　改正後の第４条の規定は、令和６年10月１日以後に受けた予防接種に係る補助金について適用し、同日前に受けた予防接種に関わる補助金については、なお従前の例による

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　氏（ふりがな）　名　　続柄・関係（　　）

（保護者）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。

接種対象者	氏（ふりがな）　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	名（ふりがな）　称			
	電話番号		都・道　府・県　市・区　町・村	
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

申請者（接種対象者）
住　所
氏　名（ふりがな）　　（　　歳）
生年月日　　年　　月　　日
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	名称（ふりがな）		
	電話番号		都・道　市・区 府・県　町・村
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２号様式（第６条関係）

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。

<table>
<tr><td rowspan="3">接種対象者</td><td>氏　　名</td><td colspan="2"></td></tr>
<tr><td>生年月日</td><td colspan="2">年　　月　　日</td></tr>
<tr><td>住　　所</td><td colspan="2"></td></tr>
<tr><td colspan="2">予　防　接　種　名</td><td>開始日</td><td>有効期限</td></tr>
<tr><td colspan="2"></td><td></td><td></td></tr>
<tr><td colspan="2"></td><td></td><td></td></tr>
<tr><td colspan="2"></td><td></td><td></td></tr>
<tr><td colspan="2">滞　在　地　住　所</td><td colspan="2"></td></tr>
<tr><td colspan="2">依　　頼　　理　　由</td><td colspan="2"></td></tr>
<tr><td colspan="2">実施医療機関名</td><td colspan="2"></td></tr>
</table>

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くださるようお願いします。

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。

<table>
<tr><td rowspan="3">接種対象者</td><td>氏　名</td><td colspan="2"></td></tr>
<tr><td>生年月日</td><td colspan="2">年　　月　　日</td></tr>
<tr><td>住　所</td><td colspan="2"></td></tr>
<tr><td colspan="2">予 防 接 種 名</td><td>開始日</td><td>有効期限</td></tr>
<tr><td colspan="2"></td><td></td><td></td></tr>
<tr><td colspan="2"></td><td></td><td></td></tr>
<tr><td colspan="2"></td><td></td><td></td></tr>
<tr><td rowspan="2">申請者</td><td>氏　名</td><td colspan="2"></td></tr>
<tr><td>住　所</td><td colspan="2"></td></tr>
<tr><td colspan="2">連絡の取れる電話番号</td><td colspan="2"></td></tr>
<tr><td colspan="2">滞 在 地 住 所</td><td colspan="2"></td></tr>
<tr><td colspan="2">依 頼 理 由</td><td colspan="2"></td></tr>
<tr><td colspan="4">注意事項</td></tr>
</table>

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くださるようお願いします。

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。

<table>
<tr><td rowspan="3">接種対象者</td><td>氏　　名</td><td colspan="2"></td></tr>
<tr><td>生年月日</td><td colspan="2">年　　月　　日</td></tr>
<tr><td>住　　所</td><td colspan="2"></td></tr>
<tr><td colspan="2">予　防　接　種　名</td><td>開始日</td><td>有効期限</td></tr>
<tr><td colspan="2"></td><td></td><td></td></tr>
<tr><td colspan="2">滞　在　地　住　所</td><td colspan="2"></td></tr>
<tr><td colspan="2">連絡の取れる電話番号</td><td colspan="2"></td></tr>
<tr><td colspan="2">依　頼　理　由</td><td colspan="2"></td></tr>
<tr><td colspan="4">注意事項</td></tr>
</table>

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　氏（ふり）　名（がな）　続柄・関係（　　）

（保護者）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。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します。

補助対象者	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	口座番号	
		支店		当座	フリガナ 口座名義人	

※口座名義人は申請者氏名と同一にしてください。

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＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

申請者　氏　名＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿（　　歳）
（補助対象者）

生年月日　　年　　月　　日

連絡先＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿（続柄・関係　　）

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		当座	フリガナ 口座名義人	

※口座名義人は申請者氏名と同一にしてください。

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　金　額	円
補助対象者氏名	
予　防　接　種　名	

内訳

接種ﾜｸﾁﾝ名	接種日	補助金額（円）	接種ﾜｸﾁﾝ名	接種日	補助金額（円）
合計（円）					

第５号様式（第７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　金　額	円
補助対象者氏名	
予　防　接　種　名	