

品川区特別の理由による任意予防接種費用助成交付要綱

制定 令和 2 年 3 月 3 0 日要綱第 1 2 7 号

改正 令和 4 年 1 0 月 1 日要綱第 2 1 8 号

改正 令和 7 年 4 月 1 日要綱第 1 8 3 号

(目的)

第 1 条 この要綱は、骨髄移植手術等の理由により既に接種を受けた予防接種法（昭和 23 年法律第 68 号）第 2 条第 4 項に規定する定期の予防接種（以下「定期予防接種」という。）の効果が期待できないと医師に判断された者の保護者に対し、再度任意で受ける予防接種（以下「任意予防接種」という。）に要する費用の全部または一部を助成し、当該保護者の経済的負担の軽減を図るとともに、感染症の発症または重症化の予防に寄与することを目的とする。

(助成対象ワクチン)

第 2 条 この要綱による助成金（以下「助成金」という。）の交付の対象となる任意予防接種のワクチンの種類は、予防接種法第 2 条第 2 項に掲げる A 類疾病にかかる予防接種であり、国内の医療機関で行う再接種とする。

(助成対象者)

第 3 条 助成金の交付の対象となる者（以下「助成対象者」という。）は、次の各号のいずれにも該当する者の保護者（親権を行う者、未成年後見人その他の者で、次の各号のいずれにも該当する者を現に監護するものをいう。）であって、任意予防接種に関する費用の全額を自己負担したものとする。

- (1) 骨髄移植手術等の理由により、既に予防接種実施規則（昭和 33 年厚生省令第 27 号）の規定に基づき接種を受けた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) 任意予防接種時に区の区域内に住所を有する者
 - (3) 予防接種法施行規則（昭和 23 年厚生省令第 36 号）第 2 条の 1 0 の表で定めている特定疾病については、任意予防接種時に、同表で掲げている年齢未満の者
 - (4) 予防接種法施行規則第 2 条の 1 0 の表で定めている特定疾病以外については、任意予防接種時に 20 歳未満の者
 - (5) 令和 2 年 3 月 30 日以降に、国内の医療機関において任意予防接種を受ける者
- 2 前項の規定にかかわらず、区長が特に必要があると認めた者は、助成対象者となることができる。

(助成額および助成回数)

第 4 条 助成金の額は、任意予防接種に要した実費とする。ただし、接種日の属する年度に品川区が実施する予防接種の委託単価を限度とし、事務費を除いた額とする。

2 助成回数は、予防接種実施規則第 8 条から第 25 条までの規定に基づく回数上限とする。

(助成申請)

第 5 条 任意予防接種費用の助成を受けようとする者（以下「申請者」という。）は、予防接種を受ける前に、品川区特別の理由による任意予防接種費用助成金交付対象認定申請書（第 1 号様式）に次に掲げる書類を添えて、区長に提出しなければならない。

- (1) 定期予防接種を受けた年月日および接種種別が確認できる書類
- (2) その他区長が必要であると認めた書類

(助成金交付の審査および結果の決定)

第 6 条 区長は、前条の規定により、申請を受け、その内容を審査し、助成金の交付対象者であると認めたときは交付対象認定通知書（第 2 号様式）により、助成金の交付対象者でないと認めたときは、交付対象外認定通知書（第 3 号様式）により、申請者に通知するものとする。

(助成金の交付申請および請求)

第 7 条 前条の規定により助成金の交付対象であると認められたもの（以下「認定者」という。）は、任意予防接種を受けた日から 1 年以内に申請書（第 4 号様式）に次に掲げる書類を添えて、区長に提出しなければならない。

- (1) 親子健康手帳（母子健康手帳）の写しまたはその他の任意予防接種を受けた年月日および接種種別が確認できる書類
- (2) 領収書の写しまたはその他の任意予防接種の支払額が確認できる書類
- (3) 交付対象認定通知書の写し
- (4) その他区長が必要であると認めた書類

(助成金の交付決定および支払い)

第 8 条 区長は、前条の規定により助成金支給を決定した場合は、速やかに助成する額を支払うものとする。

(決定の取り消し)

第 9 条 区長は、助成決定者が偽りその他不正な行為により助成を受けたと認められたときは、助成金の交付決定の全部または一部を取り消すことができる。この場合において、区長は、取消通知書（第 5 号様式）により該当助成決定者に通知するものとする。

(助成金の返還)

第 10 条 区長は、前条の規定により助成金の交付決定の全部または一部を取り消した場合において、当該取り消しにかかる部分に関し、既に助成金を交付しているときは、支払った助成金の全部または一部を返還させることができる。

2 支払い後に過誤額が確認されたときは、交付された助成金の全部または一部を返還させることができる。

(委任)

第 11 条 この要綱に定めるもののほか、必要な事項は別に健康推進部長が定める。

付則

この要綱は、令和 2 年 3 月 3 0 日より施行する。

付則

この要綱は、令和 4 年 1 0 月 1 日より施行する。

付則

この要綱は、令和 7 年 4 月 1 日より施行する。

年 月 日

品川区長 宛

品川区特別の理由による任意予防接種費用助成金交付対象認定申請書

品川区特別の理由による任意予防接種費用助成金交付要綱第5条の規定により、下記のとおり申請します。

なお、任意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、品川区長が、その情報を関係医療機関に問い合わせることおよび接種医療機関に提供することに同意します。

被接種者	住 所	品川区	
	(フリガナ) 氏 名		
	生年月日	年	月 日 (満 歳 ヶ月)
保護者	氏 名	被接種者との続柄 ()	
	連絡先電話番号		
既に接種を受けた定期の予防接種の効果が期待できないと判断する理由		(疾病名)	
		(該当理由)	
		(免疫消失となった要因が生じた日) 年 月 日	
		(予防接種が実施可能となった日) 年 月 日	
再接種する予防接種の種類 (該当のものに○を してください)	五種混合 (DPT-IPV-Hib)	1 期初回 (1 回目・2 回目・3 回目) ・1 期追加	
	小児用肺炎球菌	初回 (1 回目・2 回目・3 回目) ・追加	
	B 型肝炎	1 回目・2 回目・3 回目	
	B C G	乳児期	
	麻しん風しん混合 (MR)	1 期・2 期・3 期・4 期	
	麻しん	1 期・2 期・3 期・4 期	
	風しん	1 期・2 期・3 期・4 期	
	水痘	1 回目・2 回目	
	日本脳炎	1 期初回 (1 回目・2 回目) ・1 期追加・2 期	
	二種混合 (D T)	2 期	
	HPV	1 回目・2 回目・3 回目	
	H i b	初回 (1 回目・2 回目・3 回目) ・追加	
	四種混合 (DPT-IPV)	1 期初回 (1 回目・2 回目・3 回目) ・1 期追加	
	三種混合 (DPT)	1 期初回 (1 回目・2 回目・3 回目) ・1 期追加	
	不活化ポリオ (IPV)	1 期初回 (1 回目・2 回目・3 回目) ・1 期追加	
医療機関所在地 医療機関名 医師名 (署名又は記名押印)		(印)	

添付書類

- (1) 定期の予防接種を受けた年月日および接種種別が確認できる書類

第 号
年 月 日

様

品川区長

品川区特別の理由による任意予防接種費用助成金交付対象認定通知書

年 月 日付で申請のあった品川区特別の理由による任意予防接種費用助成金について、下記のとおり交付対象であると認定したので通知いたします。

記

被接種者 氏 名		生年月日	年 月 日
住 所			
予防接種名			

備考

- 1 上記で認定した予防接種を国内の医療機関で受け、その接種費用の実費を当該医療機関に支払ってください。
- 2 接種日から1年以内に、次の書類を添付のうえ、品川区特別の理由による任意予防接種費用助成申請書兼請求書を提出してください。
 - (1) 親子健康手帳（母子健康手帳）の写し、またはその他の任意予防接種を受けた年月日および接種種別が確認できる書類
 - (2) 領収書の写し、またはその他の任意予防接種の支払額が確認できる書類
 - (3) 認定通知書の写し
 - (4) その他区長が必要であると認めた書類

第 号
年 月 日

様

品川区長

品川区特別の理由による任意予防接種費用助成金交付対象外認定通知書

年 月 日 付で申請のあった品川区特別の理由による任意予防接種費用助成金交付申請については、下記の理由により交付対象外であると認定したので、通知いたします。

記

理 由

品川区特別の理由による任意予防接種費用助成交付申請書

(助成の対象となるのは、事前に「品川区特別の理由による任意予防接種費用助成交付認定申請書」を品川区に申請し、認定された場合のみです)

(予 防 接 種 を 受 け た 本 人)	フリガナ	
	氏名	
	生年月日	年 月 日 (歳)
	住所	〒

助成申請額	円
-------	---

振 込 先 口 座	金融機関名	銀 行 信用金庫 信用組合								本 店 支 店 出張所	
	金融機関コード (4桁)					支店番号 (3桁)					
	口座の種類	普通 ・ 当座				口座番号 (左詰め)					
	フリガナ										
	口座名義人										

品 川 区 長 あ て

この申請に必要な住民基本台帳に関する情報について、品川区が調査することに同意します。
なお助成金は、上記の口座に振り込みください。

年 月 日

請求者(保護者等)

※予防接種を受けた本人が18歳以上の場合は被接種者本人

〒

住 所

氏 名

電 話 ()

請求者と口座名義人が異なる場合は、下欄の委任状に記入が必要となります。

委任状

私は、上記口座名義人に品川区任意予防接種費の受取を委任いたします。

年 月 日

氏名

(請求者と同一)

..... << 以下、区事務処理欄 >>

助成決定額	円						
住民情報 システム確認		親子健康 手帳確認		領収書 確認		認定書 の写し	

第4号様式1-2

Hib	接種年月日	()回目	年	月	日	(歳	ヶ月)
		()回目	年	月	日	(歳	ヶ月)
		()回目	年	月	日	(歳	ヶ月)
	自己負担金額	円					
	医療機関名						
	住 所						
	医師の氏名						
助成申請額		円					
小児用 肺炎球菌	接種年月日	()回目	年	月	日	(歳	ヶ月)
		()回目	年	月	日	(歳	ヶ月)
		()回目	年	月	日	(歳	ヶ月)
	自己負担金額	円					
	医療機関名						
	住 所						
	医師の氏名						
助成申請額		円					
B型肝炎	接種年月日	()回目	年	月	日	(歳	ヶ月)
		()回目	年	月	日	(歳	ヶ月)
		()回目	年	月	日	(歳	ヶ月)
	自己負担金額	円					
	医療機関名						
	住 所						
	医師の氏名						
助成申請額							
五種混合 四種混合 三種混合 DT	接種年月日	()回目	年	月	日	(歳	ヶ月)
		()回目	年	月	日	(歳	ヶ月)
		()回目	年	月	日	(歳	ヶ月)
	自己負担金額	円					
	医療機関名						
	住 所						
	医師の氏名						
助成申請額		円					

不活化 ポリオ	接種年月日	期 (回)	年	月	日 (歳	ヶ月)
		期 (回)	年	月	日 (歳	ヶ月)
		期 (回)	年	月	日 (歳	ヶ月)
	自己負担金額	円				
	医療機関名					
	住 所					
	医師の氏名					
助成申請額		円				

BCG	接種年月日	年 月 日 (ヶ月)				
	自己負担金額	円				
	医療機関名					
	住 所					
	医師の氏名					
助成申請額		円				

MR	接種年月日	期	年	月	日 (歳	ヶ月)
	自己負担金額	円				
	医療機関名					
	住 所					
	医師の氏名					
助成申請額		円				

水痘	接種年月日	()回目	年	月	日 (歳	ヶ月)
		()回目	年	月	日 (歳	ヶ月)
	自己負担金額	円				
	医療機関名					
	住 所					
	医師の氏名					
助成申請額		円				

日本 脳炎	接種年月日	期(回)	年 月 日 (歳 ヶ月)
		期(回)	年 月 日 (歳 ヶ月)
	自己負担金額	円	
	医療機関名		
	住 所		
	医師の氏名		
助成申請額		円	

HPV	接種年月日	()回目	年 月 日 (歳 ヶ月)
		()回目	年 月 日 (歳 ヶ月)
		()回目	年 月 日 (歳 ヶ月)
	自己負担金額	円	
	医療機関名		
	住 所		
	医師の氏名		
助成申請額		円	

第 号
年 月 日

様

品川区長

品川区特別の理由による任意予防接種費用助成取消通知書

年 月 日付 第 号により決定した品川区特別の理由による
任意予防接種費用助成について、下記の理由により交付決定を取り消しましたので、
通知いたします。

記

理 由