

品川区予防接種費用助成要綱

制定	平成20年11月10日	要綱第134号
改正	平成22年6月17日	要綱第89号
改正	平成25年4月1日	要綱第83号
改正	平成26年10月1日	要綱第102号
改正	平成28年10月1日	要綱第228号
改正	令和4年10月1日	要綱第216号
改正	令和6年4月1日	要綱第394号
改正	令和7年4月1日	要綱第181号

(趣旨)

- 第1条 この要綱は、予防接種法（昭和23年法律第68号）第2条に基づく定期予防接種のうちA類疾病およびB類疾病の予防接種を受けて負担した実費の助成に関し、必要な事項を定めるものとする。

(対象)

- 第2条 助成の対象者は、品川区内に住所を有する者で、23区外で予防接種を受け、実費を負担した者とする。ただし「予防接種依頼書」を発行した場合に限る。
- 2 B類疾病の場合を除き、予診のみの場合も助成の対象とする。
- 3 喘息、アレルギー等の疾患により主治医の監督が必要等特別な事情がある場合は23区内の委託医療機関以外での予防接種についても助成の対象とする。

(助成額)

- 第3条 予防接種に要した実費を助成する。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額とし、事務費を除いた額とする。

(助成申請)

- 第4条 第2条の規定のうち、A類疾病予防接種の区分で助成金の支給を受けようとする者は、①医療機関の発行する領収書、②予防接種済み予診票または予防接種の記録のある親子健康手帳（母子健康手帳）もしくは定期予防接種確認書（別記第1号様式3）、および③品川区予防接種費用助成申請書（別記第1号様式1-1・1-2・1-2-2・1-2-3）により区長に申請しなければならない。
- 2 第2条の規定のうち、B類疾病予防接種の区分で助成金の支給を受けようとする者は、①医療機関の発行する領収書、②予防接種済み予診票または予防接種記

録票もしくは定期予防接種確認書（別記第1号様式3）、および④品川区予防接種費（高齢者）助成申請書（別記第1号様式2-1・2-2）により区長に申請しなければならない。

（助成申請の期限）

第5条 助成を受けようとする者は、予防接種を受けた日から1年以内に第4条の申請をしなければならない。

（助成の審査および結果の決定）

第6条 区長は、第4条の規定により申請を受け、助成金支給を決定した場合は、支給額を確定して、品川区予防接種費助成金支給決定通知書（第2号様式）により申請者に通知をする。

2 助成金を支給しない場合は、品川区予防接種費助成金不支給決定通知書（第3号様式）により通知する。

（助成金の支払い）

第7条 区長は、第6条の規定による審査の結果、助成することを決定した場合は、速やかに助成する額を支払うものとする。

（助成金の返還）

第8条 区長は、受給者が偽りその他不正の行為により接種費用の助成を受けたと認められたとき、または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。

（臨時の予防接種）

第9条 A 類疾病について予防接種法第6条による臨時の予防接種を実施した場合もこの要綱を準用する。

付則

この要綱は、平成20年4月1日から施行する。

付則

平成22年6月17日第2条、第4条、第5条改正

付則

平成25年4月1日 第1条、第2条、第4条、第9条改正

第1号様式1-2-2追加

付則

平成26年10月1日 第1号様式1-2-2、2-2追加

付則

平成28年10月1日 第1号様式1-2-2追加

付則

令和4年10月1日 第1号様式1-1・1-2・1-2-2・1-2-3・2-1・2-2改正

付則

令和6年4月1日 第1号様式1-2-2・1-2-3改正

付則

令和7年4月1日 第4条改正、第1号様式1-2-2・1-2-3、第3号様式改正

品川区定期予防接種費助成申請書

(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定期予防接種費の受取を委任いたします。

年 月 日

氏名

(請求者と同じ)

..... << 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		予防接種 依頼書確認	
----------------	--	--------------	--	-----------	--	---------------	--

第1号様式1-2(第4条関係)

五種混合	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)
四種混合	接種費用	円				
DT	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)
	接種費用	円				
	医療機関名	□同上				
	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)
	接種費用	円				
	医療機関名	□同上				
	住 所					
	医師の氏名					
助成申請額		円				

口夕	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)
	接種費用	円				
	医療機関名	□同上				
	住 所					
	医師の氏名					
助成申請額		円				

第1号様式1-2-2(第4条関係)

Hib	接種年月日	(回)	年 月 日 (歳 ヲ月)
		(回)	年 月 日 (歳 ヲ月)
		(回)	年 月 日 (歳 ヲ月)
	接種費用	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 (ヲ月)	
	接種費用	円	
	医療機関名	☐ 同上	
	住 所		
	医師の氏名		
助成申請額		円	

MR	接種年月日	期	年 月 日 (歳 ヲ月)
	接種費用	円	
	医療機関名	☐ 同上	
	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 ヲ月)
		()回目	年 月 日 (歳 ヲ月)
	接種費用	円	
	医療機関名	☐ 同上	
	住 所		
	医師の氏名		
助成申請額		円	

第1号様式1-2-3(第4条関係)

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)
	接種費用	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	()回目	年 月 日 (歳 ヶ月)
	接種費用	円	
	医療機関名	□同上	
	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)
	接種費用	円	
	医療機関名	□同上	
	住 所		
	医師の氏名		
助成申請額		円	

第 1 号様式 3 （第 4 条関係）

定 期 予 防 接 種 確 認 書

住 所 _____

氏 名 _____

生年月日 _____ 年 _____ 月 _____ 日

上記の方には、下記のとおり予防接種を行いました。

種類 ※ワクチンごとにお書きください	ロット番号 接種量	接種日	金額
	m l	年 月 日	円
	m l	年 月 日	円
	m l	年 月 日	円
	m l	年 月 日	円
	m l	年 月 日	円

接種料金合計 _____ 円

年 月 日

品川区長あて

医 療 機 関 名

住 所

医 師 氏 名

第2号様式

年 月 日

様

品 川 区 長

品川区予防接種費用助成金交付決定通知書

年 月 日 付けで申請のあった品川区定期予防接種費用助成金の交付については、品川区予防接種費用助成要綱第6条の規定に基づき、下記のとおり交付することに決定したので、通知します。

記

1. 助成金決定者

氏名
住所

2. 助成金額

3. その他

助成金は、お届けいただいた金融機関の口座に振り込みます。

年 月 日

様

品 川 区 長

品川区予防接種費用助成金不交付決定通知書

年 月 日付けで申請のあった品川区予防接種費用助成金の交付については、品川区予防接種費用助成要綱第6条の規定に基づき、下記のとおり交付しないことに決定したので、通知します。

記

1. 氏名
2. 住所
3. 不交付の理由

1 この決定に不服がある場合には、この決定があったことを知った日の翌日から起算して3ヶ月以内に、品川区長に対して審査請求をすることができます（なお、この決定があったことを知った日の翌日から起算して3ヶ月以内であっても、この決定の日の翌日から起算して1年を経過すると審査請求をすることができなくなります。）。

2 この決定については、この決定があったことを知った日の翌日から起算して6ヶ月以内に、品川区を被告として（訴訟において品川区を代表する者は品川区長となります。）、処分の取消しの訴えを提起することができます（なお、この決定があったことを知った日の翌日から起算して6ヶ月以内であっても、この決定の日の翌日から起算して1年を経過すると処分の取消しの訴えを提起することができなくなります。）。ただし、上記1の審査請求をした場合には、当該審査請求に対する裁決があったことを知った日の翌日から起算して6ヶ月以内に、処分の取消しの訴えを提起することができます（なお、当該審査請求に対する裁決があったことを知った日の翌日から起算して6ヶ月以内であっても、当該裁決の日の翌日から起算して1年を経過すると処分の取消しの訴えを提起することができなくなります。）。