

## 弘前市予防接種費用償還金交付要綱

### (目的)

第1条 この要綱は、弘前市民が予防接種法（昭和23年法律第68号）第2条第4項に規定する予防接種（以下「予防接種」という。）を事情により青森県外の市区町村（以下「県外市区町村」という。）で接種する場合に負担する接種費用の一部又は全部を償還し、経済的負担を軽減することを目的とする。

### (対象者)

第2条 この要綱の規定により予防接種費用償還金（以下「償還金」という。）の交付を受けることができる者（以下「申請者」という。）は、本市に住民登録を有する者のうち、県外市区町村の医療機関において予防接種を受ける者であって、次の各号のいずれかに該当するものとしてあらかじめ市へ定期予防接種依頼書の交付申請を行った者（予防接種を受ける者が未成年者の場合にあつては、その親権者）とする。

- (1) 母親が出産等で県外市区町村に長期にわたり里帰りする場合の接種対象となる子
- (2) その他市長がやむを得ない特別の理由があると認める場合の接種対象となる子

### (償還金の額)

第3条 償還金の額は、対象者が予防接種に実際に要した費用と当該接種を行った日の属する年度において青森県の広域予防接種の委託金額を比較して、いずれか少ない額とする。

### (定期予防接種依頼書交付の申請)

第4条 申請者は、予防接種を受ける前に、定期予防接種依頼書交付申請書（様式第1号）による申請を行わなければならない。

- 2 市長は、前項の規定による申請を受けた場合は、速やかにその内容を審査し、予防接種の実施市区町村等の長へ定期予防接種依頼書（様式第2号）を交付するものとする。

### (償還金の交付申請等)

第5条 申請者は、償還金の交付を受けようとする場合は、次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) 予防接種費用償還金交付申請書（様式第3号）
  - (2) 接種した医療機関等の領収書（予防接種と分かるもの）
  - (3) 予防接種の記録が記載されているもの（母子健康手帳、予防接種済証）
  - (4) 前3号に掲げるもののほか、市長が必要と認める書類
- 2 前項の申請は、接種日から6ヶ月以内に行わなければならない。
  - 3 市長は、償還金交付の決定をしたときは、予防接種費用償還金交付決定通知書（様式第4号）により申請者に対して通知し、速やかに償還金を交付するものとする。
  - 4 市長は、償還金の不交付を決定したときは、予防接種費用償還金不交付決定通知書（様式第5号）により、理由を付して申請者に対して通知するものとする。

(償還金の返還)

第6条 市長は、申請書等の虚偽の記載その他不正行為により償還金の交付を受けた者があるときは、その者から交付した償還金の全部又は一部を返還させることができる。

(その他)

第7条 この要綱に定めるもののほか、必要な事項は、市長が別に定める。

附 則

この要綱は、平成29年10月1日から施行し、同日以降、定期予防接種依頼書の交付申請を行った者について適用する。

定期予防接種依頼書交付申請書

年 月 日

弘前市長 様

申請者

住所 \_\_\_\_\_

氏名 \_\_\_\_\_

被接種者との続柄( )

電話番号 \_\_\_\_\_

下記の理由により、予防接種依頼書の交付を申請します。

記

被接種者	住所	弘前市大字	
	(フリガナ) 氏名	( 男 ・ 女 )	
	生年月日	年 月 日	( 歳 か月
申請理由		<input type="checkbox"/> 里帰り <input type="checkbox"/> その他( )	
予防接種名 (希望する予防接種名および回数に○をつけてください)		ヒブ	1回目 ・ 2回目 ・ 3回目 ・ 追加
		小児用肺炎球菌	1回目 ・ 2回目 ・ 3回目 ・ 追加
		B型肝炎	1回目 ・ 2回目 ・ 3回目
		4種混合	1回目 ・ 2回目 ・ 3回目 ・ 追加
		BCG	
		麻しん風しん混合	1期 ・ 2期
		水痘	1回目 ・ 2回目
		日本脳炎	1回目 ・ 2回目 ・ 追加 ・ 2期
		子宮頸がん	1回目 ・ 2回目 ・ 3回目
予防接種 依頼先	住所	〒 _____ TEL _____	
	市区町村又は 医療機関名		
滞在先	住所	〒 _____ TEL _____	
	世帯主氏名		

【問い合わせ】 〒036-8711 弘前市大字野田二丁目7-1  
弘前市健康福祉部健康づくり推進課  
TEL0172-37-3750

様

弘前市長 葛西 憲之

定期予防接種依頼書

このことについて、本市に住所を有する下記の者が、都合により貴 において定期予防接種を希望する旨の申し出がありましたので、ご配慮賜りますようお願い申し上げます。

つきましては、当該予防接種により健康被害が生じた場合は、予防接種法による健康被害救済制度に基づき、本市が責任をもって対応いたします。ただし、定期予防接種の対象期間内に接種を受けられなかった場合は、救済制度の対象となりませんのでご注意ください。

なお、予防接種に関する費用を徴収される場合は、被接種者(保護者)にご請求下さい。

また、接種が完了しましたら、お手数ですが予診票の写しを送付くださるよう、併せてお願い申し上げます。

記

被接種者	住所	〒 ー 弘前市大字		
	フリガナ 氏名	(男・女)	生年月日	平成 年 月 日 ( 歳 か月)
保護者氏名			電話番号	
依頼する予防接種				
滞在先住所		〒 ー ( 様方)		
滞 在 理 由				

〒036-8711  
青森県弘前市大字野田二丁目7番地1  
弘前市健康福祉部健康づくり推進課健康管理係  
電話:0172-37-3750  
FAX:0172-37-7749

様式第3号(第5条第1項関係)

予防接種費用償還金交付申請書

年 月 日

弘前市長様

住所  
申請者  
氏名 印  
(被接種者との続柄)  
電話番号

次のとおり予防接種を受けましたので、関係書類を添えて、接種費用償還金の交付を申請します。

被接種者	フリガナ 氏名 生年月日 年 月 日
住所	弘前市大字

接種年月日	予防接種名	接種金額	※償還金額
年 月 日		円	円
年 月 日		円	円
年 月 日		円	円
年 月 日		円	円
年 月 日		円	円
※償還金額		円	円

※償還金額はこちらで記入しますので、記入しないでください。

振込先	金融機関名	銀行 本店 金庫 支店 農協 出張所		
	預金種別	普通・当座	口座 番号	
	(フリガナ) 口座名義人	( )		

※振込先の口座名義人は、申請者と同一の方としてください。

※医療機関の発行する領収証、接種記録を確認できる書類(母子手帳の写し等)を添付してください。

様式第4号（第5条第3項関係）

弘健推収第 号  
年 月 日

様

弘前市長 印

予防接種費用償還金交付決定通知書

年 月 日付けで申請がありました予防接種費用償還金の交付について、弘前市予防接種費用償還金交付要綱に基づき、下記のとおり交付することに決定しましたので通知します。

記

予防接種費用償還金交付金額 円

（被接種者 ）

（担当）弘前市健康福祉部健康づくり推進課  
〒036-8711 弘前市大字野田二丁目7番地1  
Tel0172-37-3750

様式第5号(第5条第4項関係)

弘健推収第 号  
年 月 日

様

弘前市長

印

予防接種費用償還金不交付決定通知書

年 月 日付けで申請がありました予防接種費用償還金の交付について、弘前市予防接種費用償還金交付要綱に基づき、下記理由により交付しないことに決定しましたので通知します。

記

【不交付決定の理由】

(被接種者

)

(担当) 弘前市健康福祉部健康づくり推進課  
〒036-8711 弘前市大字野田二丁目7番地1  
TEL0172-37-3750