

知多市告示第 3 4 号

知多市予防接種費補助金交付要綱（令和 6 年知多市告示第 1 0 8 号）の全部を改正する。

令和 7 年 3 月 2 8 日

知多市長 宮 島 壽 男

知多市予防接種費補助金交付要綱

（趣旨）

第 1 条 知多市予防接種費補助金（以下「補助金」という。）は、感染のおそれのある疾病の発生及びまん延を予防するため、当該疾病の予防接種事業に要する経費に対し、やむを得ない理由により知多市外にある医療機関等で定期の予防接種を受ける者に予算の範囲内において交付するものとし、その交付に関しては、知多市補助金等交付規則（平成 4 年知多市規則第 2 1 号。以下「規則」という。）に定めるもののほか、この要綱の定めるところによる。

（用語の定義）

第 2 条 この要綱において「A 類疾病」とは、予防接種法（昭和 2 3 年法律第 6 8 号）第 2 条第 2 項に定められた疾病をいう。

2 この要綱において「B 類疾病」とは、予防接種法第 2 条第 3 項に定められた疾病をいう。

3 この要綱において「保護者」とは、親権を行う者、未成年後見人その他児童を現に監護する者をいう。

（A 類疾病の定期予防接種に係る認定要件）

第 3 条 知多市内に住所を有する者が、市が実施する集団接種又は市が予防接種業務を委託契約している指定医療機関等（以下「指定医療機関等」という。）が実施する A 類疾病の定期予防接種を受けることが困難なため、知多市外にある医療機関等で接種を受ける場合において、補助金の交付申請をすることができる要件は、次の各号のいずれかに該当する場合とする。ただし、滞在先の市町村に依頼して、当該自治体で費用を負担する接種が可能な場合を除く。

(1) 特殊な疾患を有する者で、集団接種及び指定医療機関等での接種ができないとき又は市外の医療機関に通院しているとき。

(2) 再接種を受ける日において20歳未満の者で、骨髄移植手術その他の理由により、接種済みのA類疾病の定期予防接種の予防効果が期待できないと医師に判断されているとき。ただし、予防接種法施行規則（昭和23年厚生省令第36号）第2条の9に規定する特定疾病については、同条の表に掲げる年齢までとする。

(3) 市外に滞在していて、次に定める事由で市内に戻ることができないとき。

ア 市外にある医療機関に入院している場合

イ 市外にある施設に入所している場合

ウ 母親の出産に伴い、市外に滞在している場合

エ 離婚調停、家族からの暴力から逃れる必要がある等の事由により市外に滞在している場合

オ 親族の介護等のため、親とともに市外に滞在している場合

(4) 前各号に定めるもののほか、市長が必要と認めるとき

（B類疾病の定期予防接種に係る認定要件）

第4条 知多市内に住所を有する者が、市が実施する集団接種又は指定医療機関等が実施するB類疾病の定期予防接種を受けることが困難なため、知多市外にある医療機関等で接種を受ける場合において、補助金の交付申請をすることができる要件は、次の各号のいずれかに該当する場合とする。ただし、滞在先の市町村に依頼して、当該自治体で費用を負担する接種が可能な場合を除く。

(1) 市外にある医療機関に入院している場合

(2) 特殊な疾患を有する者で、市外の医療機関に通院している場合

(3) 市外にある介護老人保健施設等に入所している場合

(4) 自宅等で寝たきり等の介護状態にあり、市外の医療機関から往診を受けている場合

(5) 前各号に掲げるもののほか、市長が必要と認める場合

（補助の対象とする予防接種）

第5条 この要綱により補助の対象とする予防接種は、前2条に規定する認定要件

に該当する者が受けたA類又はB類疾病の定期予防接種とする。

（補助金の額）

第6条 補助金の額は、別表1に定める額を限度として、接種に要した金額とする。

2 前項の規定にかかわらず、生活保護法（昭和25年法律第144号）による生活保護世帯及び中国残留邦人等の円滑な帰国の促進並びに永住帰国した中国残留邦人等及び特定配偶者の自立の支援に関する法律（平成6年法律第30号）による支援給付受給世帯に属する者については、別表2に定める額を上限として、接種に要した金額とする。

（認定申請）

第7条 補助金の交付を受けようとする者は、知多市予防接種費補助対象者認定申請書（第1号様式）を接種前に市長に提出しなければならない。ただし、接種までに期間がなく、やむを得ないと認める場合は、電話等による認定申請を認めるものとする。

2 前項の場合において、児童を対象とするA類疾病の定期予防接種に関しては、当該児童の保護者が申請するものとする。

3 第3条第2号に規定する認定要件に該当する者は、第1項に定めるものに加え、知多市定期予防接種再接種該当理由書（第2号様式）を提出するものとする。

（権限の委任）

第8条 第4条に規定する認定要件に該当し、補助金の交付を受けようとする本人は、委任状（第3号様式）により知多市予防接種費補助対象者認定申請、補助金交付申請及び補助金受領に関する権限を委任することができるものとする。

（認定申請に対する審査及び通知）

第9条 市長は、第7条の認定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、補助金の交付を申請する資格がある者（以下「補助対象者」という。）として認定し、知多市予防接種費補助対象者認定通知書（第4号様式）により申請者に通知するものとする。

2 前項の審査の結果、適当と認めるときは、予防接種を実施する医療機関等に対し、予防接種実施依頼書（第5号様式）により当該予防接種を依頼するものとする。

る。

- 3 第1項の審査の結果、適当と認められないときは、知多市予防接種費補助対象者認定却下通知書（第6号様式）により申請者に通知するものとする。

（補助金の交付申請及び実績報告）

第10条 前条第1項の規定により補助対象者として認定を受けた者は、被接種対象者が予防接種を受けた後、知多市予防接種費補助金交付申請書兼実績報告書（第7号様式）に予防接種予診票及び接種に要した金額のわかる領収書を添えて市長に提出しなければならない。

- 2 前項の書類は、予防接種を受けた日の属する月の翌月の末日又は当該年度の末日のいずれか早い日までに提出しなければならない。

- 3 前項の規定による期限までに申請書等を提出することが困難と認められる理由がある場合にあっては、その理由の停止後、当該年度の末日までに速やかに提出するものとする。

- 4 前2項の規定にかかわらず、当該年度中に補助対象者として認定を受けた者は、当該年度の翌年度も、この要綱による補助を受けることができるものとする。

（補助金の交付決定及び額の確定）

第11条 市長は、前条第1項の規定による申請があった場合は、その内容を審査し、適当と認めるときは、補助金の交付を決定する。この場合において、交付すべき補助金の額の確定は、交付の決定をもって行ったものとみなし、知多市予防接種費補助金交付決定通知書兼確定通知書（第8号様式）により申請者に通知するものとする。

- 2 前項の審査の結果、適当と認められないときは、知多市予防接種費補助金交付却下通知書（第9号様式）により申請者に通知するものとする。

（申請の取下げ）

第12条 規則第8条第1項に規定する申請の取下げ期日は、補助金の交付決定の通知を受けた日から30日以内とし、その旨を記載した書面を市長に提出しなければならない。

（補助金の請求）

第 13 条 補助金は、額の確定後に交付するものとし、第 11 条第 1 項の規定により通知を受けた者は、知多市予防接種費補助金交付請求書（第 10 号様式）を市長に提出しなければならない。

（交付決定の取消し及び補助金の返還）

第 14 条 市長は、申請者及び補助金の交付を受けた者が次の各号のいずれかに該当するときは、交付決定を取り消し、又は交付した補助金の全部若しくは一部の返還を命ずることができる。

- (1) 申請書に偽りの記載をして、補助金の交付決定を受けたとき。
- (2) 法令、この要綱又は法令若しくはこの要綱に基づく市長の処分若しくは指示に違反した場合
- (3) 本事業に関して、不正、怠慢その他不適当な行為をした場合
- (4) 暴力団員又は暴力団若しくは暴力団員と密接な関係を有する者である場合
- (5) 前各号に掲げるもののほか、市長が補助金を交付することが不適当であると認めたとき。

（委任）

第 15 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

（施行期日）

- 1 この要綱は、令和 7 年 4 月 1 日から施行する。

（失効）

- 2 この要綱は、令和 8 年 3 月 31 日限り、その効力を失う。ただし、この要綱の規定に基づき、現に交付の決定を受けた補助金に係る規定については、同日後も、なおその効力を有する。

別表 1（第 6 条関係）

予防接種の種類	補助限度額
五 種 混 合	21,270円
四 種 混 合	12,280円
三 種 混 合	6,460円
二 種 混 合	5,240円
日 本 脳 炎	8,210円
ポ リ オ	10,800円
麻 し ん 風 し ん	11,290円
麻 し ん	7,750円
風 し ん	7,750円
B C G	11,790円
ヒ ブ	9,590円
小 児 用 肺 炎 球 菌（プレベナー20）	12,720円
小 児 用 肺 炎 球 菌（バクニューバンス）	12,560円
子 宮 け い が ん（ガーダシル）	17,010円
子 宮 け い が ん（サーバリックス）	20,240円
子 宮 け い が ん（シルガード9）	27,030円
水 痘	9,590円
B 型 肝 炎	7,030円
ロ タ（ロタテック）	10,280円
ロ タ（ロタリックス）	17,880円
麻しん風しん（第5期）	10,470円
風しん（第5期）	6,920円
イ ン フ ル エ ン ザ	3,560円
新型コロナウイルス感染症	11,210円
肺 炎 球 菌	6,300円
帯 状 疱 疹（ビケン）	6,060円
带状疱疹（シングリックス）	15,360円

別表 2（第 6 条関係）

予防接種の種類	補助限度額
五 種 混 合	21,270円
四 種 混 合	12,280円
三 種 混 合	6,460円
二 種 混 合	5,240円
日 本 脳 炎	8,210円
ポ リ オ	10,800円
麻 し ん 風 し ん	11,290円
麻 し ん	7,750円
風 し ん	7,750円
B C G	11,790円
ヒ ブ	9,590円
小 児 用 肺 炎 球 菌（プレベナー20）	12,720円
小 児 用 肺 炎 球 菌（バクニューバンス）	12,560円
子 宮 け い が ん（ガーダシル）	17,010円
子 宮 け い が ん（サーバリックス）	20,240円
子 宮 け い が ん（シルガード9）	27,030円
水 痘	9,590円
B 型 肝 炎	7,030円
ロ タ（ロタテック）	10,280円
ロ タ（ロタリックス）	17,880円
麻しん風しん（第5期）	10,470円
風しん（第5期）	6,920円
インフルエンザ	5,060円
新型コロナウイルス感染症	15,910円
肺 炎 球 菌	8,700円
帯 状 疱 疹（ビケン）	8,760円
带状疱疹（シングリックス）	21,960円

第 1 号様式（第 7 条関係）その 1

知多市予防接種費補助対象者認定申請書

年 月 日

知 多 市 長 様

申請者 住 所

（請求者）氏 名

電話番号

知多市予防接種費補助金交付要綱第 7 条の規定により、次のとおり申請します。

被 接 種 者 氏 名	
被 接 種 者 生 年 月 日	年 月 日（ 歳 か月）
被 接 種 者 住 所	
予 防 接 種 名	
滞 在 地 住 所 現在市外に滞在している場合のみ記入	
申 請 理 由	
実 施 医 療 機 関 等 名	
	電話番号 — —

※ 児童を対象とする A 類疾病の定期予防接種においては、保護者の方が申請者となります。

第1号様式（第7条関係）その2

（表面）

知多市予防接種費補助対象者認定申請書

年 月 日

知 多 市 長 様

施設等所在地

施設等名

職・氏 名

別紙接種希望者のインフルエンザ又は新型コロナウイルス感染症予防接種費用の補助を受けたいので、知多市予防接種費補助金交付要綱第7条の規定により、次のとおり申請します。

滞 在 地 住 所	
申 請 理 由	
実 施 医 療 機 関 等 名	
	電話番号 — —

※ 申請者_____は、別紙接種希望者から、別添委任状により知多市予防接種費補助の対象者認定申請、交付申請及び補助金受領に関する権限を受任しております。

(裏面)

インフルエンザ又は新型コロナウイルス感染症予防接種希望者

[illegible]

※ 1 複数選択可能です。

※2 生活保護受給者の方は、○をつけてください。

第2号様式（第7条関係）

年 月 日

知 多 市 長 様

知多市定期予防接種再接種該当理由書

疾病等の特別な事情により免疫を失った者について、今後、定期予防接種の再接種が必要と判断しますので、理由書を提出します。

被接種者	住 所	電話番号（ ）	
	(フリガナ) 氏 名		
	生年月日	年 月 日	(満 歳 か月)
疾病名等、特別な事情の内容		(疾病名) (該当理由)	
再接種する予防接種の種類、接種回数等	不活化ポリオ (IPV)	1 期初回 (1 回目・2 回目・3 回目)・1 期追加	
	B C G		
	五種混合 (DPT-IPV-Hib)	1 期初回 (1 回目・2 回目・3 回目)・1 期追加	
	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	
	二種混合 (DT)	2 期	
	日本脳炎	1 期初回 (1 回目・2 回目)・1 期追加・2 期	
	麻しん風しん (MR)	1 期・2 期	
	麻しん	1 期・2 期	
	風しん	1 期・2 期	
	水痘	1 回目・2 回目	
	子宮けいがん (HPV)	1 回目・2 回目・3 回目	
	B型肝炎	1 回目・2 回目・3 回目	
	ヒブ (Hib)	初回 (1 回目・2 回目・3 回目)・追加	
	小児用肺炎球菌	初回 (1 回目・2 回目・3 回目)・追加	
	ロタ (ロタテック)	1 回目・2 回目・3 回目	
	ロタ (ロタリックス)	1 回目・2 回目	
医療機関所在地 医療機関名 医 師 名			
備 考			

印

第3号様式（第8条関係）

委 任 状

施設等所在地

施設等名

職・氏 名

上記の者を代理人と定め、知多市予防接種費補助の対象者認定申請、交付申請及び補助金受領に関する権限を委任します。

年 月 日

知 多 市 長 様

氏 名

第4号様式（第9条関係）その1

知多市 指令 第 号
年 月 日

様

知多市長 印

知多市予防接種費補助対象者認定通知書

年 月 日付けで申請のありました知多市予防接種費補助対象者認定については、知多市予防接種費補助金交付要綱第9条の規定により、本通知に記載のある内容で予防接種を受けた場合に、補助金の交付を申請する資格があることを認定したので通知します。

被 接 種 者	氏 名	
	生年月日	年 月 日（ 歳 か月）
	住 所	
予 防 接 種 名		
実施医療機関等名		
有 効 期 限		年 月 日までに接種を受けてください。 期限後の接種は無効となります。

予防接種予診票と「予防接種実施依頼書」（実施医療機関等宛）を持参して予防接種を受けてください。

補助金の交付を申請するためには、接種後に補助金交付申請書の提出が必要となります。同封の「補助金交付申請書」に予防接種予診票と接種に要した金額のわかる領収書を添えて接種した日の翌月末までに健康推進課へ提出してください。ただし、3月に接種した場合は、3月31日までに提出してください。

第4号様式（第9条関係）その2

（表面）

知多市 指令 第 号

年 月 日

様

知多市長

印

知多市予防接種費補助対象者認定通知書

年 月 日付けで申請のありました別紙接種希望者のインフルエンザ又は新型コロナウイルス感染症予防接種に係る知多市予防接種費補助対象者認定については、知多市予防接種費補助金交付要綱第9条の規定により、本通知に記載のある内容でインフルエンザ又は新型コロナウイルス感染症予防接種を受けた場合に、補助金の交付を申請する資格があることを認定したので通知します。

被 接 種 者 氏 名	別紙名簿のとおり
被 接 種 者 生 年 月 日	
被 接 種 者 住 所	
予防接種実施施設名	
有 効 期 限	年 月 日までに接種を受けてください。 期限後の接種は無効となります。

予防接種予診票と「予防接種実施依頼書」（実施医療機関等宛）を持参して、インフルエンザ又は新型コロナウイルス感染症予防接種を受けてください。

補助金の交付を申請するためには、接種後に補助金交付申請書の提出が必要となります。同封の「補助金交付申請書」に予防接種予診票と接種に要した金額のわかる領収書を添えて接種した日の翌月末までに健康推進課へ提出してください。

(裏面)

インフルエンザ又は新型コロナウイルス感染症予防接種希望者

[illegible]

※ 生活保護受給者の方には、○をつけています。

第 5 号様式（第 9 条関係）

知 発 第 号
年 月 日

様

知多市長

印

予防接種実施依頼書

このことについて、次のとおり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 条の規定により、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（ 歳 か月）
	住 所	
予 防 接 種 名		
保 護 者 氏 名 児童の予防接種の場合		
有 効 期 限		年 月 日までに接種を受けてください。 期限後の接種は無効となります。
この書類の有効期限は、 年 月 日までとし、接種完了後は予防接種予診票を保護者又は被接種者にお渡しくださるようお願いします。 なお、この依頼書は予診票の写しとともに 5 年間の保存をお願いします。 接種費用については、本人負担となりますので、接種に要した金額がわかる領収書を保護者又は被接種者に交付してください。 接種費用は、後日申請により補助金として交付する予定です。		

知 発第 号
年 月 日

様

知多市長 印

知多市予防接種費補助対象者認定却下通知書

年 月 日付けで申請のありました知多市予防接種費補助対象者認定については、知多市予防接種費補助金交付要綱第 9 条の規定により、下記の理由により却下することに決定したので通知します。

記

却下の理由

- 1 この決定に不服がある場合は、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 か月以内に知多市長に対し審査請求をすることができます。
- 2 この決定については、上記 1 の審査請求のほか、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 か月以内に知多市を被告として（訴訟において知多市を代表する者は、知多市長となります。）、処分の取消しの訴えを提起することができます。

ただし、上記 1 の審査請求をした場合には、その取消しの訴え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月から起算して 6 か月以内に、提起することができます。

第7号様式（第10条関係）その1

知多市予防接種費補助金交付申請書兼実績報告書

年 月 日

知 多 市 長 様

申請者 住 所

(請求者) 氏 名

電話番号

年 月 日付け知多市 指令 第 号で補助対象者として認定通知の
あった知多市予防接種費補助金について、知多市予防接種費補助金交付要綱第10条の規
定により、添付書類を添えて次のとおり申請します。

申 請 額	金 円
※申請額は、接種にかかった費用又は 円のどちらか低い方の金額です。	
添付書類	① 予防接種予診票 ② 領収書（接種に要した金額のわかるもの）

注 児童を対象とするA類疾病の定期予防接種においては、保護者の方が申請者となりま
す。

第7号様式（第10条関係）その2

知多市予防接種費補助金交付申請書兼実績報告書

年 月 日

知 多 市 長 様

申請者 住所

職・氏 名

電話番号

年 月 日付け知多市 指令 第 号で補助対象者として認定通知のあった知多市予防接種費補助金について、知多市予防接種費補助金交付要綱第10条の規定により、添付書類を添えて次のとおり申請します。

申 請 額	金 円
被 生 活 保 護 受 給 者 の 単 価	単価は、接種にかかった費用又は 円のどちらか 低い方の金額となります。
上 記 以 外 の 単 価	単価は、接種にかかった費用から 円を控除した 金額又は 円のどちらか低い方の金額となります。
添付書類	① 予防接種予診票 ② 領収書（接種に要した金額のわかるもの）

注 施設等の場合は、その所在地と施設等の名称を記入してください。

第 8 号様式（第 1 1 条関係）

知 発第 号

年 月 日

様

知多市長

印

知多市予防接種費補助金交付決定通知書兼確定通知書

年 月 日付けで申請のありました知多市予防接種費補助金交付については、知多市予防接種費補助金交付要綱第 1 1 条の規定により、次のとおり決定したので通知します。

なお、補助金は指定の金融機関口座に振り込みます。

交 付 決 定 額	円
確 定 額	円

知 発第 号

年 月 日

様

知多市長

印

知多市予防接種費補助金交付却下通知書

年 月 日付けで申請のありました知多市予防接種費補助金交付については、知多市予防接種費補助金交付要綱第11条の規定により、下記の理由により却下することに決定したので通知します。

記

却下の理由

- 1 この決定に不服がある場合は、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か月以内に知多市長に対し審査請求をすることができます。
- 2 この決定については、上記1の審査請求のほか、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か月以内に知多市を被告として（訴訟において知多市を代表する者は、知多市長となります。）、処分の取消しの訴えを提起することができます。

ただし、上記1の審査請求をした場合には、その取消しの訴え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月から起算して6か月以内に、提起することができます。

第10号様式（第13条関係）

知多市予防接種費補助金交付請求書

年 月 日

知 多 市 長 様

申請者 住 所

氏 名

電話番号

年 月 日付け知 発第 号で補助金の交付決定及び補助金額の確定を受けた知多市予防接種費補助金について、知多市予防接種費補助金交付要綱第132条の規定により、次のとおり請求します。

請 求 金 額		金 円	
振 込 口 座	金 融 機 関 名	銀 行 農 協 信用金庫 信用組合	本店 支店 出張所
	預 金 種 別	普 通	当 座
	口 座 番 号		
	フリガナ 名 義 人 氏 名		