

都留市告示第 124 号

都留市造血幹細胞移植後予防接種費用助成金交付要綱を次のように定める。

令和 6 年 12 月 23 日

都留市長 堀 内 富 久

都留市造血幹細胞移植後予防接種費用助成金交付要綱

(趣旨)

第 1 条 この要綱は、造血幹細胞移植(造血機能障害を伴う疾病その他の疾病であつて、移植に用いる造血幹細胞の適切な提供の推進に関する法律施行規則(平成 25 年厚生労働省令第 138 号)第 1 条各号に定める疾病の治療を目的として造血幹細胞を人に移植することをいう。以下同じ。)を受けた患者を感染症から守るとともに、感染症の発生の予防及びまん延の防止を図るため、造血幹細胞移植後に行われる予防接種の費用に対し、予算の範囲内で助成金を交付するものとし、その交付に関しては、都留市補助金等交付規則(昭和 61 年都留市規則第 28 号)に規定するもののほか、この要綱に定めるところによる。

(助成対象者)

第 2 条 助成の対象となる者(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とする。

- (1) 予防接種を受ける日において本市の住民基本台帳に記録されている者であること。
- (2) 国内の医療機関で受ける造血幹細胞移植後の医療において、予防接種を行うことが必要であると医師が認めて当該予防接種を受けた者(以下「被接種者」という。)であること。
- (3) 助成を受けようとする予防接種費用について、予防接種法(昭和 23 年法律第 6 8 号)第 5 条第 1 項に規定する定期の予防接種として市によりその一部又は全部が負担され、又は他の制度による助成等を受けていない者であること。
- (4) 同一の世帯の中に都留市暴力団排除条例(平成 24 年都留市条例第 12 号)第 2 条第 2 号の暴力団員がいない者であること。

(助成対象経費)

第 3 条 助成の対象となる経費(次項において「助成対象経費」という。)は、別表の対象疾病及びワクチンの種類の区分による予防接種に要する費用(抗体検査にかかる費用、医師が発行する文書発行料等及び入院又は通院に要する費用を除く。)とする。

2 第 1 項の規定にかかわらず、別表に規定する予防接種に用いられるワクチンにつき、医薬品、医療機器等の品質、有効性及び安全性の確保等に関する法律(昭和 35 年法律第 145 号)第 14 条第 1 項又は第 15 項の規定により承認された用法及び用量に関する事項の接種対象者に該当しない者が受けた予防接種の費用は、助成対象経費としない。ただし、当該予防接種の対象疾病が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 の表の左欄に掲げる疾病に該当する場合であって、これに対応する同表右欄に掲げる年齢(以下この項において「長期療養特例上限年齢」という。)が、本文に規定する接種対象者の年齢を超えるときは、助成対象者が長期療養特例上限年齢に達するまでの間、当該予防接種を助成対象経費に算定する。

(助成金の額等)

第 4 条 助成金の額及び助成の回数は、別表中ワクチンの種類の欄に規定するワクチンに応じ、当該区分に定める額及び助成回数を限度とする。

(助成の申請)

第 5 条 この要綱による助成を受けようとする被接種者又はその保護者(親権を行う者又は後見人をいう。)(以下「申請者」という。)は、都留市造血幹細胞移植後予防接種費用助成金交付申請書兼請求書(様式第 1 号。以下「助成金交付申請書兼請求書」という。)に次の各号に掲げる書類を添えて、助成対象者が助成対象の予防接種を受けた日の翌日から起算して 1 年を経過する日までに市長に提出しなければならない。

(1) 造血幹細胞移植の医療を受けた医療機関以外の医療機関で予防接種を受ける場合は、造血幹細胞移植の医療を受けた医療機関の医師による都留市造血幹細胞移植後予防接種の要否に関する意見書(様式第 2 号)

(2) 都留市造血幹細胞移植後予防接種実施記録票(様式第 3 号)

(3) 領収書(被接種者の氏名、予防接種を受けた年月日、予防接種の種類及び金額の記載のあるもの)

(4) 助成金の振込先口座の通帳等(カナ名義及び口座番号が確認できるもの)の写し

(5) その他市長が必要と認める書類

(助成の決定)

第 6 条 市長は、前条の規定による申請があった場合は、その内容を審査し、助成金の交付を決定したときは都留市造血幹細胞移植後予防接種費用助成金交付決定通知書(様式第 4 号)により、助成金の不交付を決定したときは都留市造血幹細胞移植後予防接種費用助成金不交付決定通知書(様式第 5 号)により、申請者に通知するものとする。

(助成金の交付)

第 7 条 市長は、前条の規定により助成金の交付決定をしたときは、申請者の指定する金融機関の口座に振り込む方法により助成金を交付するものとする。

(助成対象者の資格確認)

第 8 条 市長は、助成金の交付決定のために必要と認める調査又は既に交付した助成金に係る調査のために、助成金交付申請書兼請求書で取得した同意の範囲内において、住民基本台帳情報等を参照するとともに、必要に応じて関係機関に対し、必要な資料の提供を求め、若しくは事実の確認又は聴取を行うことができる。

(助成金の返還)

第 9 条 市長は、申請者が偽りその他不正の手段により助成金の交付を受けたときは、既に交付した助成金の全部又は一部を返還させることができる。

(譲渡又は担保の禁止)

第 10 条 この要綱の規定による助成を受ける権利は、これを譲渡し、又は担保に供してはならない。

(補則)

第 11 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

(施行期日)

- 1 この告示は、令和 7 年 1 月 1 日から施行し、令和 6 年 4 月 1 日(以下「適用日」という。)から適用する。

(経過措置)

- 2 この告示の適用日から起算して 1 年を経過する日までの間に受けた予防接種について第 5 条の規定により助成の申請をする場合は、同条中「1 年」とあるのは「2 年」と読み替える。
- 3 この告示の施行の際、造血幹細胞移植後の医療として予防接種を既に受けている被接種者又はその保護者が、当該予防接種について第 5 条の規定により助成の申請をする場合は、造血幹細胞移植の医療を受けた医療機関以外の医療機関で予防接種を受けたか否かにかかわらず、同条第 2 号に規定する書類でなく、同条第 1 号に規定する書類を添付することとする。

別表(第 3 条及び第 4 条関係)

対象疾病	ワクチンの種類	助成上限額(接種 1 回当たり)	助成回数(1 人当たり)
1 ジフテリア、百日せき、破傷風、急性灰白髄炎(ポリオ)、Hib 感染症	1-1 沈降精製百日せきジフテリア破傷風混合ワクチン(3 種混合ワクチン)	4,600 円	3 回(1-1 から 1-5 までのワクチンの中から一つを選び、又は複数を組み合わせて、1 の部対象疾病の欄に掲げる五つの疾病それぞれに対する予防接種として 3 回分)
	1-2 沈降精製百日せきジフテリア破傷風不活化ポリオ混合ワクチン(4 種混合ワクチン)	13,500 円	
	1-3 沈降精製百日せきジフテリア破傷風不活化ポリオヘモフィルス b 型混合ワクチン(5 種混合ワクチン)	23,900 円	
	1-4 ポリオワクチン	8,900 円	
	1-5 乾燥ヘモフィルス b 型ワクチン(ヒブワクチン)	10,400 円	
2 肺炎球菌感染症	2-1 沈降 13 価肺炎球菌結合型ワクチン	10,900 円	3 回
	2-2 沈降 15 価肺炎球菌結合型ワクチン		
	2-3 沈降 20 価肺炎球菌結合型ワクチン		

	2-4 沈降 23 価肺炎球菌結合型ワクチン	9,100 円	1 回
3 麻しん、風しん	3-1 乾燥弱毒生麻しん風しん混合ワクチン(MR ワクチン)	12,400 円	2 回(麻しん、風しんのいずれかのみを対象とする場合には、3-1 の項ワクチンの種類の欄以外のワクチンを使用)
	3-2 乾燥弱毒生麻しんワクチン		
	3-3 乾燥弱毒生風しんワクチン		
4 水痘	4-1 乾燥弱毒生水痘ワクチン	8,600 円	2 回
5 日本脳炎	5-1 乾燥細胞培養日本脳炎ワクチン	7,100 円	3 回
6 B 型肝炎	6-1 組換え沈降 B 型肝炎ワクチン	5,200 円	3 回
7 ヒトパピローマウイルス感染症	7-1 組換え沈降 2 価ヒトパピローマウイルス様粒子ワクチン	29,600 円	3 回(女性に限る。)
	7-2 組換え沈降 4 価ヒトパピローマウイルス様粒子ワクチン		
	7-3 組換え沈降 9 価ヒトパピローマウイルス様粒子ワクチン		
8 インフルエンザ	8-1 インフルエンザ HA ワクチン	4,000 円	1 回。ただし、13 歳未満の者又は造血幹細胞移植後最初の冬前の時期にある者にあつては 2 回。
9 流行性耳下腺炎(おたふくかぜ)	9-1 乾燥弱毒生おたふくかぜワクチン	7,100 円	2 回

様式第 1 号(第 5 条関係)

都留市造血幹細胞移植後予防接種費用助成金交付申請書兼請求書

(申請日) 年 月 日

都留市長 様

次のことに同意のうえ、関係書類を添えて予防接種費用の助成を申請します。

- ・市から医療機関に対し、造血幹細胞移植後の医療における予防接種について照会すること。
- ・市から県に対し、市の助成実績に係る情報（個人情報を除く。）を提供すること。

申請者	ふりがな	生年月日		
	氏名	年 月 日 (歳)		
	住所	〒 電話 ()		
助成対象者	※助成対象者と申請者が異なる場合のみ記入してください。			
	ふりがな	生年月日		
	氏名	年 月 日 (歳)		
住所	〒 電話 ()			
要件	助成を申請する予防接種について、定期の予防接種として受けていますか。また、他の制度による助成等を受けている、又は受ける予定がありますか。		はい・いいえ ※「はい」の場合は、助成対象外です。	
	ワクチンの種類	接種年月日	接種金額	上限額
1-1	沈降精製百日せきジフテリア破傷風混合ワクチン(3種混合ワクチン)	1回目: 年 月 日 2回目: 年 月 日 3回目: 年 月 日	円 円 円	4,600円
1-2	沈降精製百日せきジフテリア破傷風不活化ポリオ混合ワクチン(4種混合ワクチン)	1回目: 年 月 日 2回目: 年 月 日 3回目: 年 月 日	円 円 円	13,500円
1-3	沈降精製百日せきジフテリア破傷風不活化ポリオヘモフィルスb型混合ワクチン(5種混合ワクチン)	1回目: 年 月 日 2回目: 年 月 日 3回目: 年 月 日	円 円 円	23,900円
1-4	不活化ポリオワクチン	1回目: 年 月 日 2回目: 年 月 日 3回目: 年 月 日	円 円 円	8,900円
1-5	乾燥ヘモフィルスb型ワクチン(ヒブワクチン)	1回目: 年 月 日 2回目: 年 月 日 3回目: 年 月 日	円 円 円	10,400円
2-1	肺炎球菌結合型ワクチン	1回目: 年 月 日 2回目: 年 月 日 3回目: 年 月 日	円 円 円	10,900円
2-2	沈降 15 価肺炎球菌結合型ワクチン	1回目: 年 月 日 2回目: 年 月 日 3回目: 年 月 日	円 円 円	10,900円
2-3	沈降 20 価肺炎球菌結合型ワクチン	1回目: 年 月 日 2回目: 年 月 日 3回目: 年 月 日	円 円 円	10,900円

2-4	沈降 23 価肺炎球菌結合型ワクチン	1 回目: 年 月 日	円	9,100 円
3-1	乾燥弱毒生麻しん風しん混合ワクチン(MR ワクチン)	1 回目: 年 月 日 2 回目: 年 月 日	円 円	12,400 円
3-2	乾燥弱毒生麻しんワクチン	1 回目: 年 月 日 2 回目: 年 月 日	円 円	12,400 円
3-3	乾燥弱毒生風しんワクチン	1 回目: 年 月 日 2 回目: 年 月 日	円 円	12,400 円
4-1	乾燥弱毒生水痘ワクチン	1 回目: 年 月 日 2 回目: 年 月 日	円 円	8,600 円
5-1	乾燥細胞培養日本脳炎ワクチン	1 回目: 年 月 日 2 回目: 年 月 日 3 回目: 年 月 日	円 円 円	7,100 円
6-1	組換え沈降 B 型肝炎ワクチン	1 回目: 年 月 日 2 回目: 年 月 日 3 回目: 年 月 日	円 円 円	5,200 円
7-1	組換え沈降 2 価ヒトパピローマウイルス様粒子ワクチン	1 回目: 年 月 日 2 回目: 年 月 日 3 回目: 年 月 日	円 円 円	29,600 円
7-2	組換え沈降 4 価ヒトパピローマウイルス様粒子ワクチン	1 回目: 年 月 日 2 回目: 年 月 日 3 回目: 年 月 日	円 円 円	29,600 円
7-3	組換え沈降 9 価ヒトパピローマウイルス様粒子ワクチン	1 回目: 年 月 日 2 回目: 年 月 日 3 回目: 年 月 日	円 円 円	29,600 円
8-1	インフルエンザ HA ワクチン (※13 歳未満の者又は造血幹細胞移植後最初の冬前の時期にある者にあつては 2 回)	1 回目: 年 月 日 2 回目: 年 月 日	円 円	4,000 円
9-1	乾燥弱毒生おたふくかぜワクチン	1 回目: 年 月 日 2 回目: 年 月 日	円 円	7,100 円
助成申請額	円			
	※ワクチンの種類ごとに、接種 1 回あたりの接種金額と上限額を比較し、いずれか低い方の額に接種回数を乗じて得た額を合計した額			
振込先	金融機関名			本支店名
	預金種別	普通・当座	口座番号	
	フリガナ			
	口座名義			
添付書類	<ul style="list-style-type: none"> ● 都留市造血幹細胞移植後予防接種の要否に関する意見書（様式第 2 号）※必要な場合に提出 ● 都留市造血幹細胞移植後予防接種実施記録票（様式第 3 号） ● 領収書（被接種者の氏名、予防接種を受けた年月日、予防接種の種類及び金額の記載のあるもの） ● 助成金の振込先口座の通帳など（カナ名義及び口座番号を確認できるもの）の写し 			
注意事項	<p>1 4 種混合ワクチン及び 5 種混合ワクチンは、薬事承認上、小児（15 歳未満）を接種対象としており、15 歳未満の方が助成の対象です。</p> <p>2 ヒブワクチンは、長期療養特例の上限年齢を準用し、10 歳未満の方が助成の対象です。</p>			

様式第 2 号(第 5 条関係)

都留市造血幹細胞移植後予防接種の要否に関する意見書

○対象者

住 所			
氏 名			
生年月日		造血幹細胞移植日	

○予防接種スケジュール

対象疾病	ワクチンの種類	実施（予定）年月 <small>注1・注2</small>		
		1 回目	2 回目	3 回目
1 ジフテリア、百日せき、破傷風、急性灰白髄炎(ポリオ)、Hib 感染症	沈降精製百日せきジフテリア破傷風混合ワクチン(3種混合ワクチン)			
	沈降精製百日せきジフテリア破傷風不活化ポリオ混合ワクチン(4種混合ワクチン) <small>注3</small>			
	沈降精製百日せきジフテリア破傷風不活化ポリオヘモフィルス b 型混合ワクチン(5種混合ワクチン) <small>注3</small>			
	不活化ポリオワクチン			
	乾燥ヘモフィルス b 型ワクチン(ヒブワクチン) <small>注4</small>			
2 肺炎球菌感染症	沈降 13 価肺炎球菌結合型ワクチン			
	沈降 15 価肺炎球菌結合型ワクチン			
	沈降 20 価肺炎球菌結合型ワクチン			
	沈降 23 価肺炎球菌結合型ワクチン			
3 麻しん、風しん	乾燥弱毒生麻しん風しん混合ワクチン(MR ワクチン)			
	乾燥弱毒生麻しんワクチン			
	乾燥弱毒生風しんワクチン			

4	水痘	乾燥弱毒生水痘ワクチン			
5	日本脳炎	乾燥細胞培養日本脳炎ワクチン			
6	B型肝炎	組換え沈降B型肝炎ワクチン			
7	ヒトパピローマウイルス感染症	組換え沈降2価ヒトパピローマウイルス様粒子ワクチン			
		組換え沈降4価ヒトパピローマウイルス様粒子ワクチン			
		組換え沈降9価ヒトパピローマウイルス様粒子ワクチン			
8	インフルエンザ	インフルエンザ HA ワクチン			
9	流行性耳下腺炎(おたふくかぜ)	乾燥弱毒生おたふくかぜワクチン			

この対象者は、造血幹細胞移植後の医療において、上記のとおり予防接種を受ける必要があることを認めます。

なお、このスケジュールは、現時点での対象者の状態を診て判断したものであり、今後の対象者の状態によっては、接種時期を変更し、又は接種を中止することが望ましい場合があります。

年 月 日

医療機関の所在地及び名称

医師の氏名

(医師の氏名にあつては、署名又は記名・押印)

- 注1 この意見書を記載する時点で当該予防接種を行っている場合は、「実施(予定)年月」の欄において「R6.4 済」のように記載してください。
- 2 「実施(予定)年月」の欄においては、特定の年月を記載するほか、「R6.11~R7.1」のように期間で表記することができます。
- 3 4種混合ワクチン及び5種混合ワクチンは、薬事承認上、小児(15歳未満)を接種対象としており、15歳未満の方が助成の対象となります。
- 4 ヒブワクチンは、予防接種法における長期療養特例の上限年齢を準用し、10歳未満の方が助成の対象となります。

様式第 3 号(第 5 条関係)

都留市造血幹細胞移植後予防接種実施記録票

【被接種者記入欄】

住 所			
氏 名			
生年月日	年 月 日 (歳)	性別	男性 ・ 女性
造血幹細胞移植	移植医療を行った医療機関名 (県外にあつては、医療機関名および所在地)		
	造血幹細胞移植日： 年 月 日		

【医師記入欄】

造血幹細胞移植後の医療の必要により、次のとおり予防接種を実施しました。

年 月 日 (接種日)

実施場所 (医療機関名)

医師名

対象疾病	ワクチンの種類	実施したものに「○」を記入		
		1 回目	2 回目	3 回目
ジフテリア、百日せき、破傷風、急性灰白髄炎 (ポリオ)、Hib 感染症	沈降精製百日せきジフテリア破傷風混合ワクチン (3 種混合ワクチン)			
	沈降精製百日せきジフテリア破傷風不活化ポリオ混合ワクチン (4 種混合ワクチン) ^{注1}			
	沈降精製百日せきジフテリア破傷風不活化ポリオヘモフィルス b 型混合ワクチン (5 種混合ワクチン) ^{注1}			
	不活化ポリオワクチン 乾燥ヘモフィルス b 型ワクチン (ヒブワクチン) ^{注2}			
肺炎球菌感染症	沈降 13 価肺炎球菌結合型ワクチン			
	沈降 15 価肺炎球菌結合型ワクチン			
	沈降 20 価肺炎球菌結合型ワクチン			
	沈降 23 価肺炎球菌結合型ワクチン			
麻しん、風しん	乾燥弱毒生麻しん風しん混合ワクチン (MR ワクチン)			
	乾燥弱毒生麻しんワクチン			
	乾燥弱毒生風しんワクチン			
水痘	乾燥弱毒生水痘ワクチン			
日本脳炎	乾燥細胞培養日本脳炎ワクチン			
B 型肝炎	組換え沈降 B 型肝炎ワクチン			
ヒトパピローマウイルス感染症	組換え沈降 2 価ヒトパピローマウイルス様粒子ワクチン			
	組換え沈降 4 価ヒトパピローマウイルス様粒子ワクチン			
	組換え沈降 9 価ヒトパピローマウイルス様粒子ワクチン			
インフルエンザ	インフルエンザ HA ワクチン			
流行性耳下腺炎 (おたふくかぜ)	乾燥弱毒生おたふくかぜワクチン			

注 1 4 種混合ワクチン及び 5 種混合ワクチンは、薬事承認上、小児 (15 歳未満) を接種対象としており、15 歳未満の方が助成の対象となります。

注 2 ヒブワクチンは、予防接種法における長期療養特例の上限年齢を準用し、10 歳未満の方が助成の対象となります。

様式第 4 号(第 6 条関係)

番 号
年 月 日

(申請者名) 様

都 留 市 長

都留市造血幹細胞移植後予防接種費用助成金交付決定通知書

年 月 日付けで申請のありました都留市造血幹細胞移植後予防接種費用助成金について、次のとおり交付することに決定したので、都留市造血幹細胞移植後予防接種費用助成金交付要綱第 6 条の規定により通知します。

記

助成金交付決定額 金 円

様式第 5 号(第 6 条関係)

番 号
年 月 日

(申請者名) 様

都 留 市 長

都留市造血幹細胞移植後予防接種費用助成金不交付決定通知書

年 月 日付けで申請のありました都留市造血幹細胞移植後予防接種費用助成金について、次のとおり交付しないことに決定したので、都留市造血幹細胞移植後予防接種費用助成金交付要綱第 6 条の規定により通知します。

記

不交付とした理由：