京都市骨髄移植等の医療行為により定期予防接種の抗体を失った者に係る再接種費用助成制度実施要綱

（趣旨）
第１条　この要綱は、骨髄移植等の医療行為により、過去に接種済みの定期予防接種の抗体を失った者が任意で再度の予防接種を受ける場合に要する費用の助成について必要な事項を定める。

（対象者）
第２条　本制度の対象となる者は、次の各号に掲げる要件全てに該当する者（以下「対象者」という。）とする。
⑴　接種日において京都市内に住所を有する２０歳未満の者
⑵　骨髄移植等の医療行為により、定期予防接種として接種済みのワクチンの抗体を失ったため、再接種の必要があると医師に判断されている者

（対象となる予防接種）
第３条　本制度の対象となる予防接種は、次に掲げる要件全てに該当するものとする。
⑴　予防接種法（昭和２３年法律第６８号）第２条第２項に規定するＡ類疾病のうち、医師の指示により再接種を行うもの
⑵　予防接種実施規則（昭和３３年厚生省令第２７号）に基づき、適正に接種されたもの

（助成金の額）
第４条　助成金の額は、当該予防接種の費用として医療機関から請求のあった額とする。ただし、本市が締結している予防接種の実施に係る委託契約における委託料の額を上限とする。

（認定申請）
第５条　費用助成を受けようとする対象者は、「京都市骨髄移植等の医療行為による任意予防接種費用助成申請書」（第１号様式）に、次の各号に掲げる書類等を添えて、市長に提出しなければならない。
⑴　骨髄移植等の医療行為を担当した医師（以下「主治医）という。）の意見書（第２号様式。以下「意見書」という。）
⑵　母子手帳その他の骨髄移植等の医療行為を受けるまでの予防接種の履歴が確認できるもの

（交付決定等）
第６条　市長は、前条の申請があった場合には、その内容を審査し、助成することを決定したときは、「京都市骨髄移植等の医療行為による任意予防接種費用助成認定通知書」（第３号様式。以下「認定通知書」という。）により当該申請を行った対象者に通知する。別に定める代理受領契約を締結した医療機関（以下「協力医療機関」という。）において接

種することを希望する場合は、「京都市骨髄移植等の医療行為により定期予防接種の抗体を失った者に係る再接種　接種券兼代理受領委任状」（第６号様式。以下「接種券兼委任状」という。）を交付するものとする。

２　市長は、前条の申請があった場合には、その内容を審査し、助成しないことを決定したときは、「京都市骨髄移植等の医療行為により定期予防接種の抗体を失った者に係る再接種費用助成不認定通知書」（第４号様式）により、当該申請を行った対象者に通知するものとする。

（実施方法）

第７条　予防接種を受けるに当たっては、対象者は主治医と事前に充分に話し合い、その指示に従うこと。また、主治医は予防接種を実施する医療機関と事前に連絡、調整に努めること。

２　認定通知書を受けた対象者は、主治医の指示に従い、医療機関（国内に所在するものに限る。）において、意見書の写しを提出のうえ、第３条に定める予防接種の接種を受けるものとする。

３　協力医療機関において接種を受ける場合は、前項に加え接種券兼委任状を提出するものとする。

４　協力医療機関以外で実施する場合は、接種費用の全額を当該医療機関に支払うものとする。

（実施報告）

第８条　協力医療機関は、接種券兼委任状により、接種を受けた日以降の最初の３月３１日までに、本市に対して実施報告を提出しなければならない。

２　協力医療機関以外で接種を行った場合、対象者は、接種を受けた日以降の最初の３月３１日までに本市に対して「京都市骨髄移植等の医療行為により定期予防接種の抗体を失った者に係る再接種実施報告書」（第７号様式）を提出しなければならない。

（交付額の決定）

第９条　市長は、前条の規定による報告があった場合には、その内容を審査し、交付額の決定を行い、「京都市骨髄移植等の医療行為により定期予防接種の抗体を失った者に係る再接種　費用助成金交付額決定通知書」(第５号様式)により対象者に通知するものとする。

（助成金の交付）

第１０条　協力医療機関は、代理受領契約に基づき、京都府国民健康保険団体連合会（以下「国保連合会」という）を通じ、京都市に接種費用の請求を行うものとする。

２　前項の請求に当たっては、国保連合会に対し、接種券兼委任状を提出ししなければならない。

３　本市は、第１項の請求があった場合には、国保連合会を通じ、速やかに支払いを行う。

４　協力医療機関以外で接種を受けた対象者は、前条の通知を受けた日以降の最初の３月３１日までに、「京都市骨髄移植等の医療行為による任意予防接種費用助成金請求書」（第

８号様式。以下「請求書」という。）に、次の各号に定める必要書類を添えて、市長に提出しなければならない。

⑴　接種の事実が確認できる書類等の写し

⑵　医療機関が発行する領収書等、接種に要した費用を支払ったことを証する書類

⑶　助成金振込先口座が確認できる書類の写し

５　市長は、前項に規定する請求書の提出を受けた場合、その内容を審査し、適当と認めたときは、速やかに請求者に対し助成金を交付するものとする。

（助成金の返還）

第１１条　市長は、虚偽その他の不正な手段によりこの要綱に基づく助成金の交付を受けた者に対して、本市が交付した助成金の全部又は一部の返還を命ずることができる。

（その他）

第１２条　この要綱に定めるもののほか、この要綱の施行に関し必要な事項は、医療衛生推進室長が定める。

附則

（施行期日）

１　この要綱は、平成３０年７月１日から施行する。

（準備行為）

２　交付の申請、その他助成を受けるために必要な準備行為は、この要綱の施行前においても行うことができる。

附則

この要綱は、令和３年４月１日から施行する。

附則

この要綱は、令和５年４月１日から施行する。

附則

この要綱は、令和６年２月２５日から施行する。

附則

この要綱は、令和６年４月１日から施行する。

附則

この要綱は、令和７年５月１日から施行する。

附則

この要綱は、令和８年４月１日から施行する。

第１号様式（第５条関係）

京都市骨髄移植等の医療行為により定期予防接種の抗体を失った者に係る再接種費用助成申請書

年　　月　　日

（宛先）　京 都 市 長

申請者　住　所＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

電話番号＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

ふりがな
氏　名＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

被接種者との続柄＿＿＿＿＿＿＿＿

京都市骨髄移植等の医療行為により定期予防接種の抗体を失った者に係る再接種費用助成制度実施要綱第５条の規定に基づき、次のとおり予防接種再接種費用の助成を申請します。

ふりがな		生年月日	（和暦）　年　月　日
被接種者氏名			
被接種者住所 及び電話番号	〒　電話番号 京都市　区		
再接種を行う 予防接種の種類 ＊いずれかに○を付けてください。	・ＢＣＧ【４歳に達するまでの間にある者※】：１回 ・ヒブ【１０歳に達するまでの間にある者※】：初回接種（１回目・２回目・３回目）・追加接種 ・小児肺炎球菌【６歳に達するまでの間にある者※】：初回接種（１回目・２回目・３回目）・追加接種 ・Ｂ型肝炎：１回目・２回目・３回目 ・三種混合：１期初回（１回目・２回目・３回目）・追加接種 ・五種混合【１５歳に達するまでの間にある者※】：１期初回（１回目・２回目・３回目）・追加接種 ・ジフテリア・破傷風：２期 ・不活化ポリオ（単独）：１期初回（１回目・２回目・３回目）・追加接種 ・麻しん・風しん（ＭＲ）：１期　・　２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 ・ヒトパピローマウイルス感染症（子宮頸がん）：１回目・２回目・３回目		
接種予定日			
接種予定医療機関	（医療機関名） （住所）　（電話番号）		
備考			
添付文書 チェック欄	☐ 主治医意見書（第２号様式）　☐ 予防接種記録が確認できる書類の写し等		

※「～歳に達するまで」とは、～歳の誕生日の前日までのことをいいます。

第２号様式（第５条関係）（表面）

京都市骨髄移植等の医療行為により定期予防接種の抗体を失った者に係る再接種費用助成に係る意見書

骨髄移植等の医療行為により、接種済みの定期予防接種の抗体を失った下記の者については、再度接種する必要があり、この度、当該再接種が可能な状態と判断します。

なお、再接種の必要性及び副反応については十分に説明し、本人も了承しています。

<table>
<tr><td>（ふりがな）
氏　　名</td><td>（　　　　　　　　）</td><td>性別</td><td>男・女</td><td>生年月日</td><td>年　月　日</td></tr>
<tr><td>住　　所</td><td colspan="5">（郵便番号　　－　　）</td></tr>
<tr><td>接種済みの予防接種の効果が期待できないと判断する理由及び治療の経過等</td><td colspan="5">（主治医記入欄）疾病の名称、その他必要な情報を記入してください
（疾病の名称）

（治療の経過）
①　移植を受けた日　　　　年　　月　　日
②　ＧＶＨＤの有無

③　免疫抑制剤の使用状況

④　その他特記事項</td></tr>
<tr><td>再接種を行う予防接種の種類

※該当する予防接種を○で囲んでください。</td><td colspan="5">（主治医記入欄）
・ＢＣＧ　：１回
・ヒブ　：初回接種（１回目・２回目・３回目）・追加接種
・小児肺炎球菌　：初回接種（１回目・２回目・３回目）・追加接種
・Ｂ型肝炎　：１回目・２回目・３回目
・三種混合　：１期初回（１回目・２回目・３回目）・追加接種
・五種混合　：１期初回（１回目・２回目・３回目）・追加接種
・ジフテリア・破傷風　：２期
・不活化ポリオ（単独）　：１期初回（１回目・２回目・３回目）・追加接種
・麻しん・風しん（ＭＲ）　：１期　・　２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
・ヒトパピローマウイルス感染症（子宮頸がん）：１回目・２回目・３回目</td></tr>
</table>

第２号様式（第５条関係）（裏面）

<table>
<tr><td>接種予定
医療機関

※再接種を実施する予定の医療機関をご記入ください。</td><td>（主治医記入欄）

医療機関名

連絡先

紹介の有無　（　有り　・　無し　）</td></tr>
<tr><td colspan="2">記載年月日：　年　月　日

医　療　機　関　名

医療機関所在地

電話番号　（　）　医師氏名</td></tr>
</table>

第３号様式（第６条関係）

京都市指令　　第　　号
年　　月　　日

（　申請者　）　　様

京　都　市　長

京都市骨髄移植等の医療行為により定期予防接種の抗体を失った者に係る再接種費用助成認定通知書

年　月　日付けで申請のありました京都市骨髄移植等の医療行為により定期予防接種の抗体を失った者に係る再接種費用助成申請について、京都市骨髄移植等の医療行為により定期予防接種の抗体を失った者に係る再接種費用助成制度実施要綱に基づき、下記のとおり交付することを決定しましたので通知します。

記

交付対象となる予防接種　　・・・・・・・・・

交付予定金額　　　　　　　・・・・・・・・・　　　　　　円

注　虚偽その他の不正な手段により交付を受けた場合、本市が交付した助成金の全部又は一部の返還を命ずることがあります。
注　本決定の有効期間は、決定日以降の最初の３月３１日までとなります。

第４号様式（第６条関係）

京都市指令　　第　　号
年　　月　　日

（　申請者　）　　　様

京　都　市　長

京都市骨髄移植等の医療行為により定期予防接種の抗体を失った者に係る再接種費用助成不認定通知書

　　　　　年　月　日付けで申請のありました、京都市骨髄移植等の医療行為により定期予防接種の抗体を失った者に係る再接種費用助成申請について、京都市骨髄移植等の医療行為により定期予防接種の抗体を失った者に係る再接種費用助成制度実施要綱に基づき、下記のとおり不認定とすることを決定しましたので通知します。

記

不認定の理由

教示

１　この決定に不服があるときは、この通知を受け取られた日の翌日から起算して３箇月以内に、京都市長に対して審査請求をすることができます。ただし、当該期間内であっても、この決定があった日の翌日から起算して１年を経過したときは、審査請求をすることができなくなります。

２　また、この通知を受け取られた日（京都市長に審査請求をした場合は、当該審査請求に対する京都市長の裁決があったことを知った日）の翌日から起算して６箇月以内に、京都市を被告として、京都地方裁判所に処分の取消しの訴えを提起することもできます（訴訟において京都市を代表する者は、京都市長となります。）ただし、当該期間内であっても、この決定があった日（京都市長に審査請求をした場合は、当該審査請求に対する京都市長の裁決があった日）の翌日から起算して１年を経過したときは、処分の取消しの訴えを提起することはできなくなります。

第５号様式（第９条関係）

京都市指令　　第　　号
年　　月　　日

（　申請者　）　　様

京　都　市　長

京都市骨髄移植等の医療行為により定期予防接種の抗体を失った者に係る再接種費用助成金交付額決定通知書

　　　年　月　日付けで報告のありました京都市骨髄移植等の医療行為により定期予防接種の抗体を失った者に係る再接種費用助成金について、京都市骨髄移植等の医療行為により定期予防接種の抗体を失った者に係る再接種費用助成制度実施要綱に基づき、下記のとおり交付することを決定しましたので通知します。

記

交付対象となる予防接種　　・・・・・・・・

交付金額　　・・・・・・・・　　円

注　虚偽その他の不正な手段により交付を受けた場合、本市が交付した助成金の全部又は一部の返還を命ずることがあります。

第６号様式（第６条関係）

京都市骨髄移植等の医療行為により定期予防接種の抗体を失った者に係る再接種　接種券兼代理受領委任状

重要：有効期限　　　　　年　３月３１日まで

（ふりがな） 被接種者氏名		性別	男・女
生年月日	年　　　月　　　日		
本　人 住　所	（〒　　－　　　）京都市　　　区 電話番号　　　－　　　－		
保護者 氏　名			
保護者 住所	（〒　　－　　　）京都市　　　区		
接　　種 ワクチン			

年　　月　　日

＜委任者＞ 住所（〒　　－　　　）

氏名　　　　　　　　　　電話番号　　-　　-

私は、下記の者を代理人と定め、京都市骨髄移植等の医療行為により定期予防接種の抗体を失った者に係る再接種費用助成制度の助成金に係る請求及び受領の権限を委任します。

（以下は医療機関記入欄）

年　　月　　日

＜代理受領者＞

・所在地

・医療機関名称

・開設者又は代表者　　　　　　　　電話番号　　-　　-

接種医師名		接種日	年　　月　　日
使用ワクチン		ロット番号	

※接種費用の請求にあたっては、この接種券を添付してください。

第７号様式（第８条関係）

京都市骨髄移植等の医療行為により定期予防接種の抗体を失った者に係る再接種実施報告書

年　　月　　日

（宛先）京都市長　様

〒
住　所

氏　名

（氏名は、受取人（口座名義人）としてください）

標記の件について、下記のとおり接種したことを報告します。また、助成金の交付について必要な情報（接種の状況等）を、京都市が再接種実施医療機関に問い合わせることについて同意します。

記

予防接種項目	接種年月日	自己負担額
	年　　月　　日	
	年　　月　　日	
	年　　月　　日	
	年　　月　　日	
	年　　月　　日	
	年　　月　　日	
	年　　月　　日	
	年　　月　　日	
	年　　月　　日	
	年　　月　　日	

第８号様式（第１０条関係）

京都市骨髄移植等の医療行為により定期予防接種の抗体を失った者に係る再接種費用助成金請求書

年　　月　　日

（宛先）京都市長

〒
住　所

氏　名

（氏名は、受取人（口座名義人）としてください）

下記のとおり請求します。

記

金　　　　　　　　　　　　　　　円

ただし、京都市骨髄移植等の医療行為により定期予防接種の抗体を失った者に係る再接種費用助成金として