〇南部町造血幹細胞移植後予防接種支援事業実施要綱

（趣旨）

第１条　この訓令は、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って、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条各号に定めるもの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ことについて、南部町補助金等交付規則（平成１５年３月１日（南部町規則第３２号）に規定するもののほか、必要な事項を定めるものとする。

（助成対象者）

第２条　この事業の対象者は、次の各号に全て該当する者（以下「助成対象者」という。）とする。ただし、当該者の属する住民基本台帳上の世帯全員のなかに町税等の滞納がある場合（分割納付履行中又は分割納付誓約書を提出している場合を除く。）にあっては、この限りでない。

（１）造血幹細胞移植の医療を受けた者

（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。）

（３）前号の予防接種を受けた日において、住民基本台帳法（昭和４２年法律第８１号）第５条の規定により町が備える住民基本台帳に記録されている者

（４）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６８号）第５条第１項の規定による定期の予防接種として居住する市町村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

（助成の対象経費・額等）

第３条　助成金の交付の対象となる経費（第３項において「助成対象経費」という。）は、別表第１欄に掲げる疾病に対応する同表第２欄の種類のワクチンにより被接種者が受けた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若しくは通院に要する費用を除く。）とする。

２　助成金の額は、別表第２欄に掲げるワクチンの種類に応じ、それぞれ同表第３欄に定める上限額を限度として、被接種者が受けた予防接種に要する費用と同額とし、助成の上限回数は、同表第２欄に掲げるワクチンの種類に応じ、それぞれ同表第４欄に定めるとおりとする。

３　第１項の規定にかかわらず、別表の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ものが受けた予防接種の費用は、助成対象経費としない。

（助成の申請）

第４条　この訓令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。以下同じ。）（以下これらを「申請者」という。）は、助成申請書兼請求書（別記第１号様式）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町長に申請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にあっては、造血幹細胞移植の医療を受けた医療機関の医師による造血幹細胞移植後予防接種の要否に関する意見書（別記第２号様式）

（２）造血幹細胞移植後予防接種実施記録票（別記第３号様式）

（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）の写し

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

（５）その他町長が必要と認める書類

（助成の決定）

第５条　町長は、前条の規定による助成申請書兼請求書の提出があったときは、当該申請の内容を審査のうえ、助成金の交付の可否を決定し、助成金交付・不交付決定通知書（別記第４号様式）により申請者に通知するものとする。

（助成金の支払）

第６条　町長は、前条の規定により助成の決定をしたときは、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支払うものとする。

（助成対象者の資格確認）

第７条　町長は、第２条各号に定める要件を満たしているかの確認その他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を決定した助成金に係る調査のために、助成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、又は事実の確認若しくは聴取を行うことができる。

（助成金の返還等）

第８条　町長は、偽りその他不正の手段により助成金の交付の決定を受けた者があるときは、その助成金の交付の決定の全部又は一部を取り消すことができる。

２　前項の規定により助成金の交付の決定を取り消した場合において、既に助成金が交付されているときは、その全部又は一部を返還させることができる。

　（受給権の譲渡又は担保の禁止）

第９条　助成金の交付を受ける権利は、譲り渡し、又は担保に供してはならない。

（その他）

第１０条　この訓令に定めるもののほか、造血幹細胞移植後予防接種に対する支援に関し必要な事項は、町長が定める。

附　則

１　この訓令は、公布の日から施行し、令和６年４月１日から適用する。

２　第３条の規定による助成対象経費の算定は、この訓令の適用の日（令和６年４月１日）以後に受けた予防接種に対し適用する。

３　この訓令の適用の日（令和６年４月１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４条の助成の申請をしようとする場合にあっては、同条各号列記以外の部分中「１年」とあるのは、「２年」とする。

４　この訓令の施行の日において、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４条の規定により助成の申請をする場合にあっては、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どうかにかかわらず、同条第１号、第３号、第４号及び第５号に掲げる書類を添付するものとする。

別表

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 対象疾病 | ワクチンの種類 | 接種１回あたり補助上限額 | １人あたり補助  上限接種回数 |
| 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１つを選び、又は複数を組み合わせて、第１欄に掲げる５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（2-1から2-3までのワクチンの組合せは医師の判断による。） |
| 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（第１欄に掲げる疾病のいずれかのみを対象とする場合に3-1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。7-1から7-3までのワクチンの組合せは医師の判断による。） |
| 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っては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 |

別記第１号様式（第４条関係）

南部町造血幹細胞移植後予防接種支援事業助成金交付申請書兼請求書

（申請日）　　　　年　　月　　日

（あて先）　南部町長

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。なお、助成金の交付が決定されましたら、「振込先」の欄に記載する口座に振り込んでください。

□　助成要件の確認のため、町が住民基本台帳及び個人住民税課税台帳を閲覧すること。

□　町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。

□　町から県に対し、町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、又はその予定がありますか。 | | | | | | | | 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 | | | １回上限額 |
| 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  ２回目  ３回目 | | | 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  ２回目  ３回目 | | | 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  ２回目  ３回目 | | | 円  円  円 | | | 23,900円 |
| 1-4 | 不活化ポリオワクチン | | | | | | １回目  ２回目  ３回目 | | | 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  ２回目  ３回目 | | | 円  円  円 | | | 10,400円 |
| 2-1 | 沈降13価肺炎球菌結合型ワクチン | | | | | | １回目  ２回目  ３回目 | | | 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  ２回目  ３回目 | | | 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  ２回目  ３回目 | | | 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 | | | 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  ２回目 | | | 円  円 | | | 12,400円 |
| 3-2 | 乾燥弱毒生麻しんワクチン | | | | | | １回目  ２回目 | | | 円  円 | | | 12,400円 |
| 3-3 | 乾燥弱毒生風しんワクチン | | | | | | １回目  ２回目 | | | 円  円 | | | 12,400円 |
| 4-1 | 乾燥弱毒生水痘ワクチン | | | | | | １回目  ２回目 | | | 円  円 | | | 8,600円 |
| 5-1 | 乾燥細胞培養日本脳炎ワクチン | | | | | | １回目  ２回目  ３回目 | | | 円  円  円 | | | 7,100円 |
| 6-1 | 組換え沈降Ｂ型肝炎ワクチン | | | | | | １回目  ２回目  ３回目 | | | 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  ２回目  ３回目 | | | 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  ２回目  ３回目 | | | 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  ２回目  ３回目 | | | 円  円  円 | | | 29,600円 |
| 8-1 | インフルエンザHAワクチン | | | | | | １回目  ２回目 | | | 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  ２回目 | | | 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 | | * （必要に応じて）造血幹細胞移植後予防接種の要否に関する意見書（別記第２号様式） | | | | | | | | | | | |
| * 造血幹細胞移植後予防接種実施記録票（別記第３号様式） | | | | | | | | | | | |
| * 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）の写し | | | | | | | | | | | |
| * 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 | | ワクチンの薬事承認の適応対象であることが助成の条件となり、薬事承認の変更により、助成対象年齢が変更になることがあります。  薬事承認上、４種混合ワクチン及び５種混合ワクチンの助成対象は、「15歳未満」となります。 | | | | | | | | | | | |
| 町記入欄 | | 申請  受理日 | | 年　　月　　日 | | | | 助成  決定額 | 円 | | |

別記第２号様式（第４条第１号関係）

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　注１・注２ | | |
| 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）注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）注３ |  |  |  |
| 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） |  |  |  |
| 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      　（医師の氏名にあっては、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　ワクチンの薬事承認の適応対象であることが助成の条件となり、薬事承認の変更により、助成対象年齢が変更になることがあります。薬事承認上、４種混合ワクチン及び５種混合ワクチンの助成対象は、「15歳未満」となります。

別記第３号様式（第４条第２号関係）

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（県外にあっては、医療機関名及び所在地）  造血幹細胞移植日 | | |

【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。

　　　　　　　　実施場所（医療機関名）

医師名

接種年月日（当日）

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 対象疾病 | ワクチンの種類 | 当日に実施した  予防接種の種類に「○」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 |  |  |  |
| 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 |  |  |  |
| 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） |  |  |  |
| 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 |  |  |  |
| 対象疾病 | ワクチンの種類 | 当日に実施した  予防接種の種類に「○」を記入 | | |
| １回目 | ２回目 | ３回目 |
| 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 | 乾燥弱毒生おたふくかぜワクチン |  |  |  |

注　ワクチンの薬事承認の適応対象であることが助成の条件となり、薬事承認の変更により、助成対象年齢が変更になることがあります。薬事承認上、４種混合ワクチン及び５種混合ワクチンの助成対象は、「15歳未満」となります。

別記第４号様式（第５条関係）

番　　　　　号

　　年　　月　　日

（申請者名）　　様

南部町長

南部町造血幹細胞移植後予防接種支援事業助成金交付・不交付決定通知書

　　　　年　　月　　日付けで申請のありました南部町造血幹細胞移植後予防接種支援事業助成金交付事業について、次のとおり決定しましたので通知します。

１　被接種者

２　決定内容

　　□　交付

助成金の額　　金　　　　　　円

　　□　不交付

　　　　不交付の理由