

(目的)

第 1 条 この要綱は、予防接種法(昭和 23 年法律第 68 号。以下「法」という。)第 5 条第 1 項に規定する A 類疾病及び B 類疾病に係る予防接種(以下「定期予防接種」という。)並びに町が定める疾病に係る予防接種の実施に関し、予防接種法施行令(昭和 23 年政令第 197 号)、予防接種法施行規則(昭和 23 年厚生省令第 36 号)、予防接種実施規則(昭和 33 年厚生省令第 27 号)、その他の法令等で定められるもののほか、必要な事項を定めることを目的とする。

(定義)

第 2 条 この要綱において次の各号に掲げる用語の意義は、当該各号に定めるところによる。

- (1) 保護者 法第 2 条第 7 項に規定する保護者をいう。
- (2) 受託医療機関 町と予防接種の実施に係る委託契約を行った医療機関等
- (3) 予防接種単価 受託医療機関と契約した予防接種料金とし、消費税額を含むものとする。

(対象者及び接種方法)

第 3 条 定期予防接種の対象者は、予防接種を受ける日において、住民基本台帳法(昭和 42 年法律第 81 号)第 6 条の規定により町の住民基本台帳に記載されている者とする。

- 2 町が定める疾病に係る予防接種の対象者は、別表のとおりとする。
- 3 予防接種は、医療機関の施設において実施するものとする。

(実施期間)

第 4 条 予防接種の実施期間は、委託契約で定める期間とする。ただし、第 8 条及び第 9 条に定める受託医療機関以外の医療機関における予防接種は実施期間を定めないものとする。

(自己負担金等)

第 5 条 受託医療機関における、別表疾病の種類欄中 A 類疾病の項に掲げる定期予防接種(以下「A 類疾病に係る定期予防接種」という。)の自己負担金は、無料とする。

- 2 受託医療機関における、別表疾病の種類欄中 B 類疾病の項に掲げる定期予防接種(以下「B 類疾病に係る定期予防接種」という。)及び別表疾病の種類欄中町が定める疾病の項に掲げる予防接種(以下「町が定める疾病に係る予防接種」という。)の自己負担金は、予防接種単価から、町長が別に定める助成額(以下「町助成額」という。)を差し引いた額とする。
- 3 前各項の規定にかかわらず、生活保護法(昭和 25 年法律第 144 号)による被保護世帯(単給世帯を含む。以下同じ。)に属する者が前各項の予防接種を受ける場合は、被保護世帯であることが確認できる書類を提示することにより自己負担金を支払うことなく接種することができる。

(実施方法)

第 6 条 町は、A 類疾病に係る定期予防接種の対象者に対しては予診票を交付し、B 類疾病に係る定期予防接種の対象者に対しては予診票及び予防接種済証を交付するものとする。

- 2 対象者は、A 類疾病に係る定期予防接種の場合は母子健康手帳及び予診票を、B 類疾病に係る定期予防接種の場合は予診票及び予防接種済証を持参し、受託医療機関において予防接種を受けるものとする。ただし、町が定める疾病に係る予防接種の場合は、書類等の持参を要さない。
- 3 受託医療機関は、予防接種を実施したときは、母子健康手帳に接種年月日、使用ワクチンのロット番号及び受託医療機関名を記録するものとする。ただし、母子健康手帳がない場合は、予防接種済証を対象者へ交付するものとする。
- 4 受託医療機関は、第 5 条第 1 項に定める A 類疾病に係る定期予防接種を実施したときは対象者から自己負担金を徴収せず、第 5 条第 2 項に定める B 類疾病に係る定期予防接種及び町が定める疾病に係る定

期予防接種を実施したときは、自己負担金を徴収するものとする。ただし、同条第3項に該当する者からは自己負担金を徴収しないこととする。

5 予防接種を実施した受託医療機関は、予防接種の実施に係る委託契約で定める期限までに、それぞれ実施した予防接種の種類に応じ、定期個別予防接種実績報告書兼請求書(A類疾病)(様式第1号)、定期個別予防接種実績報告書兼請求書(B類疾病)(様式第2号)、大槌町指定予防接種実績報告書兼請求書(任意接種)(様式第3号)により実績の報告及び委託料の請求を行うものとする。

6 町は、前項の実績報告書兼請求書を受理したときは、内容を確認し、適正と認めた場合は、請求書を受理した日から起算して30日以内に委託料を支払うものとする。

(転入者の予防接種歴の確認)

第7条 町は、対象者が他市町村からの転入者である場合は、母子健康手帳の確認、転出元市区町村への情報照会等の手段により定期予防接種履歴を確認することができる。

(受託医療機関以外の医療機関における定期予防接種)

第8条 町は、受託医療機関以外の医療機関においてA類疾病及びB類疾病に係る定期予防接種を希望する対象者又は保護者(以下「希望者」という。)があるときは、次の各号に掲げる予防接種の区分に応じ、当該各号に定める金額を限度額とし、予防接種に要する費用を助成する。ただし、岩手県広域的予防接種事業の対象者を除く。

(1) A類疾病に係る定期予防接種 接種費用の全額

(2) B類疾病に係る定期予防接種 町助成額。ただし、予防接種を実施する医療機関が希望者に請求する金額がこれに満たない場合は全額。

2 希望者は、町に広域的予防接種申請書(様式第4号)を提出するものとする。

3 町は、前項の申請書を受理したときは、希望者に対し予診票を発行するとともに、当該申請書に記載のある医療機関に対し、次の各号に掲げる場合に応じ、当該各号に定める書類を発行するものとする。

(1) 医療機関が町の助成額に相当する金額を希望者から徴収しない対応をとる場合 予防接種実施依頼書(様式第5号)及び予防接種実施報告書兼請求書(様式第6号)

(2) 医療機関が予防接種に要した費用の全額を希望者から徴収する対応をとる場合 予防接種実施依頼書(償還払用)(様式第7号)

4 希望者は、前項の予診票を持参し、予防接種を受けようとする医療機関で予防接種を受けるものとする。

5 前々項第1号の対応をとる医療機関は、予防接種を実施した後、予診票及び予防接種実施報告書兼請求書に必要事項を記載のうえ町に提出するものとする。

6 町は、前項の書類を受理したときは、請求書を受理した日から起算して30日以内に請求者へ助成額を支払うものとする。

7 第3項第2号の対応をとる医療機関は、予防接種を実施した後、予診票に必要事項を記載したうえ被接種者又はその保護者に返却するものとする。

8 第3項第2号の対応をとる医療機関で予防接種の被接種者又はその保護者は、大槌町広域予防接種助成金申請書兼請求書(様式第8号)を町に提出することができる。

9 町は前項の請求書を受理したときは、大槌町広域予防接種助成金交付決定・却下通知書(様式第9号)により交付決定又は却下する旨を通知し、交付決定した場合は、請求書を受理した日から起算して30日以内に支払うものとする。

(受託医療機関以外の医療機関における町が定める疾病に係る予防接種)

第9条 町は、受託医療機関以外の医療機関において町が定める疾病に係る予防接種を受けた者の保護者に対して、受けた予防接種の種類に該当する町助成額を上限に、予防接種に要した費用を助成する。た

だし、当該予防接種に要した費用が町助成額に満たない場合は、全額を助成する。

2 前項の助成を受けようとする者は、町に対し、大槌町予防接種助成金申請書兼請求書(様式第8号)を提出するものとする。

3 町は、前項の申請書兼請求書を受理したときは、大槌町予防接種助成金交付決定・却下通知書(様式第9号)により交付決定又は却下する旨を通知し、交付決定した場合は、請求書を受理した日から起算して30日以内に支払うものとする。

(公費負担額の返還)

第10条 町長は、偽りその他不正の手段により公費負担額の支払を受けた対象者又は医療機関があったときは、既に支払った公費負担額の全部又は一部を返還させることができる。

附 則

この要綱は、令和7年4月1日から施行する。

別表(第3条、第5条関係)

疾病の種類	予防接種の種類		対象者	
A類疾病	3 種混合、4 種混合又は5 種混合 ・ジフテリア・百日せき・破傷 風・急性灰白髄炎(ポリオ) ・H i b 感染症	1 期初回	政令で定める者	
		1 期追加		
	2 種混合 ・ジフテリア・破傷風	2 期		
	麻しん風しん混合 ・麻しん・風しん	1 期		
		2 期		
		特例接種		
	日本脳炎	1 期初回		
		1 期追加		
		2 期		
		特例接種		
	結核(B C G)			
	H i b 感染症	1 期初回		
		1 期追加		
	小児の肺炎球菌感染症	1 期初回		
		1 期追加		
	ヒトパピローマウイルス感染症　＊使用するワクチンの種類によって接種間隔が異なる。			
	水痘			
	B型肝炎			
	ロタウイルス感染症	経口弱毒生ヒ トロタウイル スワクチン		
		5 価経口弱毒 生ロタウイル スワクチン		
B類疾病	季節性インフルエンザ			
	高齢者の肺炎球菌感染症			
	新型コロナウイルス感染症			
	乾燥弱毒生水痘ワクチン			
	乾燥組換え帯状疱疹ワクチン			
町が定める 疾病	子どものインフルエンザ	1 回目	生後 6 月から18歳に至る日の属す る年度の末日までの間の者	
		2 回目	生後 6 月から13歳に至る日までの 間の者	
	おたふくかぜ		1 歳以上 2 歳未満の者。ただし、 おたふくかぜに罹患したことがあ	

		る者、既におたふくかぜワクチン を接種したことがある者を除く。
--	--	------------------------------------

定期個別予防接種実績報告書兼請求書（A類疾病）

年 月 日

大槌町長 様

所在地
医療機関名
代表者職・氏名

標記について、 年 月分を下記のとおり請求します。

請求金額 0 円(税込)

1 内訳

予防接種の種類	単価	人数	金額	予防接種の種類	単価	人数	金額
DPT-IPV-Hib (五種混合)			0	ロタウイルス	1 価		0
DPT-IPV (四種混合)			0		5 価		0
DT (二種混合)			0	小児肺炎球菌	13価		0
ヒブ			0		15価		0
B型肝炎			0	MR (麻しん風しん)	第1期		0
水痘			0		第2期		0
結核 (BCG)			0	HPV (子宮頸がん)	2・4 価		0
日本脳炎			0		9 価		0
			0	手数料		0人	0

2 振込先

金融機関名	銀行	本・支店
口座種別	普通 当座 その他 ()	
口座番号		
(フリガナ)		
口座名義人		

定期個別予防接種実績報告書兼請求書（B類疾病）

年 月 日

大槌町長 様

所在地
医療機関名
代表者職・氏名

標記について、 年 月分を下記のとおり請求します。

請求金額 0 円(税込)

1 内訳

予防接種の種類	負担軽減措置	単価	人数	金額
高齢者の季節性 インフルエンザ	非該当 (一般)			0円
	該当 (生活保護受給者)			0円
	その他 (60～64歳)			0円
高齢者の肺炎球菌感 染症	非該当 (一般)			0円
	該当 (生活保護受給者)			0円
	その他 (60～64歳)			0円
高齢者の新型コロナウ イルス感染症	非該当 (一般)			0円
	該当 (生活保護受給者)			0円
	その他 (60～64歳)			0円
手数料			0人	0円

2 振込先

金融機関名	銀行	本・支店
口座種別	普通 当座 その他 ()	
口座番号		
(フリガナ)		
口座名義人		

大槌町指定予防接種実績報告書兼請求書（任意接種）

年 月 日

大槌町長 様

所在地
医療機関名
代表者職・氏名

標記について、 年 月分を下記のとおり請求します。

請求金額 0 円(税込)

1 内訳

予防接種の種類	対象者	単価	人数	金額
大槌町子どもインフルエンザ予防接種	生後6か月以上 3歳未満（1回目）	円	人	円
	生後6か月以上 3歳未満（2回目）	円	人	円
	3歳以上13歳未満 （1回目）	円	人	円
	3歳以上13歳未満 （2回目）	円	人	円
	13歳以上18歳以下	円	人	円
大槌町おたふくかぜ 任意予防接種	1歳以上2歳未満	円	人	円

2 振込先

金融機関名	銀行	本・支店
口座種別	普通 当座 その他（ ）	
口座番号		
（フリガナ）		
口座名義人		

広域的予防接種申請書
(予防接種実施依頼書)

年 月 日

大槌町長 様

申請者 (被接種者との続柄)
連絡先

下記の理由により、他市町村において予防接種を希望するので、予防接種実施依頼書の交付を申請します。 ※接種前に申請して下さい。

被接種者氏名	(年 月 日生) ※和暦	
住 所	〒 大槌町 (Tel ー ー) ※日中に連絡の取れる電話番号	
滞在先住所	〒 ー (Tel ー ー) ※日中に連絡の取れる電話番号	
滞在期間	年 月 日 ～ 年 月 日 ※予定も含む	
接種希望 医療機関	都・道・府・県 市・町・村 医療機関名： 電話番号：	
希望する 予防接種	A 類 疾病	※□にはチェック、【 】には該当するものに○をつけてください。 ☐ ロタウイルス 【 1 価・ 5 価】 / 【 1 回目・ 2 回目 】 ☐ B 型肝炎 【 1 回目・ 2 回目・追加】 ☐ ヒブ 【 初回 1 回目・初回 2 回目・初回 3 回目・追加 】 ☐ 小児肺炎球菌 【 初回 1 回目・初回 2 回目・初回 3 回目・追加 】 ☐ 四種混合 【 初回 1 回目・初回 2 回目・初回 3 回目・追加 】 ☐ B C G ☐ 水痘 【 1 回目・ 2 回目 】 ☐ 麻しん風しん混合(MR) 【 1 期・ 2 期 】 ☐ 日本脳炎 1 期 【 初回 1 回目・初回 2 回目・追加 】 ☐ 日本脳炎 2 期 ☐ 二種混合 【 2 期 】 ☐ 子宮頸がん 【 2 価・ 4 価・ 9 価】 / 【 1 回目・ 2 回目・ 3 回目 】 ☐ 五種混合 【 初回 1 回目・初回 2 回目・初回 3 回目・追加 】
	B 類 疾病	☐ 高齢者肺炎球菌 ☐ 高齢者インフルエンザ ☐ 新型コロナウイルス ☐ 帯状疱疹 【 1 回目・ 2 回目 】
広域的予防接種 を希望する理由	☐ かかりつけ医又は主治医が住所地市町村外の県内にいる。 ☐ 母親の出産や施設入所等の理由により、住所地市町村外の県内に長期滞在している。 ☐ その他やむを得ない事情により住所地市町村外で定期の予防接種を受けることが困難である。 ☐ 上記以外 ()	
書類送付先	☐ 滞在先住所(入院及び入所地等) ☐ その他 (〒 ー) (様方)	

※町記入欄	
☐ 大槌町広域的予防接種事業 ☐ 大槌町広域的予防接種事業(償還払い)	No :

第 年 月 日

様

大槌町長

予防接種実施依頼書

当町に住所を有する次の者が貴院にて予防接種法（昭和 23 年法律 68 号）に基づく定期予防接種を受けることを希望しているので、接種につきましてお取り計らいくださいますようお願いいたします。

なお、接種後に健康被害が発生した場合は、予防接種法の規定により当町にて予防接種健康被害救済制度の申請を受け付けいたしますのでご相談ください。

接種完了後は、予診票を添えて「予防接種実施報告兼請求書（様式第 6 号）」にて当町に接種費用の請求をお願いします。当町の公費負担額を超過した接種費用につきましては、被接種者又は保護者から徴収してください。

記

被 接 種 者	住所	
	氏名	
	生年月日	
	保護者	
	保護者連絡先	
予防接種		
滞在先		
依頼理由		

予防接種実施報告書兼請求書

年 月 日

大 槌 町 長 様

所在地
医療機関名
代表者
電話番号

大槌町予防接種実施要綱に基づき、予防接種を実施したので、 年 月分の接種費用として、次のとおり請求します。

請求金額 円

予防接種名	実施月日	接種費用	請求金額 ※公費負担上限額範囲内
		円	円
		円	円
		円	円
		円	円
		円	円
		円	円
		円	円
		円	円
		円	円
		円	円
		円	円
		円	円
		円	円

【振込先】

金融機関名	:	本・支店名	:
預金種別	:	口座番号	:
フリガナ			
口座名義人	:		

◎添付書類：予診票

第 年 月 日 号

様

大槌町長

予防接種実施依頼書（償還払用）

当町に住所を有する次の者が貴院にて予防接種法（昭和 23 年法律 68 号）に基づく定期予防接種を受けることを希望しているので、接種につきましてお取り計らいくださいますようお願いいたします。

なお、接種後に健康被害が発生した場合は、予防接種法の規定により当町にて予防接種健康被害救済制度の申請を受け付けいたしますのでご相談ください。

接種完了後は、予診票を被接種者又は保護者へお渡しくださいますようお願いいたします。

記

被 接 種 者	住所	
	氏名	
	生年月日	
	保護者	
	保護者連絡先	
予防接種		
滞在先		
依頼理由		

大槌町広域予防接種助成金申請書兼請求書

年 月 日

大 槌 町 長 様

申 請 者 住所
氏名
連絡先
(接種者との関係)

大槌町予防接種実施要綱に基づき、下記のとおり関係書類を添えて請求します。

接種者	住所	岩手県上閉伊郡大槌町
	滞在先	
	氏名	
	電話番号	
実施予防接種名		
医療機関名		
医療機関所在地		
実施費用額		
助成額 ※町が記入します。		

金融機関名 (ゆうちょ銀行を除く)	支店名	分類	口座番号 (右詰めでお書きください)	口座名義人
銀行 金庫 農協 漁協		普通		(フリガナ)
		当座		
ゆうちょ銀行 (郵便局) (通常貯蓄貯金への振込はできません)	店番		口座番号 (右詰めでお書きください)	口座名義人
				(フリガナ)

◎添付書類

領収書 (写し)

予診票 (原本または写し) 又は 母子健康手帳の予防接種の記録ページの写し

通帳またはカードの写し

様式第 9 号（第 8 条、第 9 条関係）

第 号
年 月 日

様

大槌町長

大槌町広域予防接種助成金交付決定・却下通知書

年 月 日に申請された広域予防接種に係る助成金申請書について、大槌町予防接種実施要綱第 8 条第 9 項・第 9 条第 4 項の規定により、下記のとおり通知します。

記

1. 交付決定額 円
2. 支払予定日 年 月 日に指定口座へ振込予定
3. 却下理由