

春日井市任意予防接種費用補助金交付要綱

(趣旨)

第1条 市は、任意予防接種を促進することで、感染のおそれがある疾病の発生及びまん延を予防するため、予算の範囲内でワクチン接種に要する費用の一部を補助することとし、その交付については、春日井市補助金等に関する規則（昭和54年春日井市規則第4号）の定めによるほか、この要綱に定めるところによる。

(定義)

第2条 この要綱において、「任意予防接種」とは、予防接種法（昭和23年法律第68号）の規定により市長が行うこととされている予防接種（以下「定期予防接種」という。）以外のもので、被接種者の意思により接種するものをいう。

(補助対象者)

第3条 補助金の交付の対象となる者（以下「補助対象者」という。）は、ワクチン接種を行う日に春日井市に住所を有し、次の各号に掲げるワクチン接種の区分に応じ、それぞれ当該各号に定める者とする。

(1) おたふくかぜワクチン接種 次のいずれにも該当する者

ア 1歳以上7歳未満の者であって、小学校就学の始期に達する日の前日までにあるもの

イ おたふくかぜの既往歴がない者

ウ 過去におたふくかぜワクチンの任意予防接種に係る補助金の交付を受けていない者

(2) 風しんワクチン接種 風しんに対する免疫が不十分と判断された者であって次のいずれかに該当するもの（風しんワクチン接種歴又は風しんの既往歴がある者を除く。）

ア 妊娠を予定又は希望している女性（妊娠中の者を除く。）

イ アに掲げる者又は妊娠中の者と婚姻関係にある者（婚姻の届出をしてい

ないが事実上婚姻関係と同様の事情にあるものを含む。)

- (3) 高齢者肺炎球菌ワクチン接種 次のいずれかに該当する者（肺炎球菌ワクチン接種歴がある者を除く。）

ア 接種を行う日において65歳以上の者

イ 接種を行う日において60歳以上65歳未満の者で、心臓、腎臓若しくは呼吸器の機能又はヒト免疫不全ウイルスにより免疫の機能に障害を有するもののうち、身体障害者福祉法（昭和24年法律第283号）第15条に規定する身体障害者手帳の交付を受け、その障害の程度が身体障害者福祉法施行規則（昭和25年厚生省令第15号）別表第5号に定める身体障害者程度等級表の1級に該当するもの又は1級程度と医師が認めるもの

- (4) 帯状疱疹ワクチン接種 次のいずれにも該当する者

ア 接種を行う日において50歳以上の者

イ 帯状疱疹不活化ワクチン接種にあつては2回の、水痘・帯状疱疹弱毒生ワクチン接種にあつては1回の補助金交付を過去に受けておらず、かつ、他のワクチン接種による補助金交付を過去に受けていない者

- (5) 定期予防接種として行われる種類のワクチン接種（BCGワクチン及びロタウイルスワクチンを除く。） 次のいずれにも該当する者

ア 骨髄移植等の医療行為により接種済みの定期予防接種又は感染症のり患で獲得した免疫が低下又は消失したと医師に判断された者

イ 接種を行う日において20歳未満であること。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6に規定する特定疾病については、同条に規定する年齢未満であること。

- 2 前項第2号の風しんに対する免疫が不十分と判断された者とは、体外診断用医薬品の承認を受けた医薬品による風しんウイルスに対する抗体価の測定の結果、別表第1に該当する者をいう。

（補助金の額）

第4条 前条第1項第1号から第4号までに掲げるワクチンに係る補助金の額は、

ワクチン接種に要する費用として補助対象者が負担した額とし、別表第2に掲げるワクチン接種の種類に応じ、それぞれ定める額を上限とする。

- 2 前条第1項第5号に掲げるワクチンに係る補助金の額は、ワクチン接種に要する費用として補助対象者が負担した額とし、別表第3に掲げるワクチン接種の種類に応じ、それぞれ定める額を上限とする。

(特別の事情による補助)

第5条 前2条の規定にかかわらず、市長は、次の各号に掲げる者で、特別の事情があり、任意予防接種の補助が必要であると認めるものを補助対象者とみなし、それぞれ当該各号に定める額の補助金を交付することができる。

- (1) 第3条第1項各号に掲げるワクチン接種の区分に応じそれぞれ定める要件に該当しないワクチン接種者 前条の表に定める額を上限とし、市長が必要と認める額

- (2) 第3条第1項各号に掲げるワクチン接種以外のワクチン接種者 当該ワクチン接種に要する費用を上限とし、市長が必要と認める額

(補助金請求事務の委任)

第6条 補助金の交付を受けようとする者が、補助金請求事務の委任に協力する医療機関(以下「指定医療機関」という。)でワクチン接種を受けたときは、春日井市任意予防接種費用補助金交付申請書(第1号様式。以下「交付申請書」という。)を提出することにより、補助金請求事務及び代理受領に関する権限を当該指定医療機関に委任することができるものとする。

(費用負担)

第7条 前条の規定により補助金請求事務及び代理受領に関する権限を指定医療機関に委任した者は、ワクチン接種費用の額から補助金額を差し引いた額を自己負担額として、当該指定医療機関に対して支払うものとする。

(指定医療機関での接種に係る補助金の交付)

第8条 第6条の規定により委任を受けて任意予防接種を実施した指定医療機関は、春日井市任意予防接種費用補助金交付請求書(第2号様式)に次に掲げる書

類を添えて、任意予防接種を実施した年度の3月31日までに市長に提出しなければならない。

(1) 交付申請書

(2) 生活保護受給者（生活保護法（昭和25年法律第144号）による保護を受けている世帯に属する者）が対応する補助額を受ける場合にあっては生活保護受給証明書

2 市長は、前項の規定による請求があったときは、その内容を審査し、相当と認めるときは、春日井市任意予防接種費用補助金交付決定通知書（第3号様式。以下「交付決定通知書」という。）により、申請者に通知するものとする。

（指定医療機関以外での接種に係る補助金の交付）

第9条 指定医療機関以外で任意予防接種を受けた者で、補助金の交付を受けようとするもの（以下「申請者」という。）は、春日井市任意予防接種指定医療機関外費用補助金交付申請書兼請求書（第4号様式）に次に掲げる書類を添えて市長に提出しなければならない。ただし、第3号及び第4号に掲げる書類については、第3条第1項第5号に掲げるワクチン接種の場合に限る。

(1) 予防接種に係る料金を支払ったことを証する書類

(2) 春日井市会計規則（平成9年春日井市規則第11号）第48号様式その2の請求書

(3) 医師の意見書（第5号様式）

(4) 母子健康手帳又は骨髄移植等の医療行為が生じる以前の予防接種の履歴が確認できるもの

2 前項の規定による申請は、任意予防接種を受けた年度の3月31日（第3条第1項第5号に掲げるワクチン接種については、接種日から1年を経過する日）までに行わなければならない。

3 市長は、第1項の規定による申請があったときは、その内容を審査し、相当と認めるときは、交付決定通知書により申請者に通知するものとする。

（返還）

第10条 市長は、偽りその他不正の手段等により補助金の交付を受けた者に対し第8条第2項及び前条第3項の決定の全部若しくは一部を取り消し、又は既に交付した補助金の全部若しくは一部を返還させることがある。

(雑則)

第11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

- 1 この要綱は、平成31年4月1日から施行する。
- 2 春日井市高齢者肺炎球菌ワクチン接種費用補助金交付要綱（平成22年9月1日施行）及び春日井市風しんの感染予防及びまん延防止対策事業補助金交付要綱（平成26年4月1日施行）は、廃止する。

附 則

(施行期日)

- 1 この要綱中第1条の規定は平成31年4月1日から、第2条の規定は平成31年10月1日から施行する。

(経過措置)

- 2 第1条の規定による改正後の春日井市任意予防接種費用補助金交付要綱の規定は、平成31年4月1日以降に受けたワクチン接種に対する補助金の交付について適用し、同日前に受けたワクチン接種に対する補助金の交付については、なお従前の例による。
- 3 第2条の規定による改正後の春日井市任意予防接種費用補助金交付要綱の規定は、平成31年10月1日以降に受けたワクチン接種に対する補助金の交付について適用し、同日前に受けたワクチン接種に対する補助金の交付については、なお従前の例による。

附 則

この要綱は令和2年4月1日から施行する。

附 則

- 1 この要綱は、令和3年4月1日から施行する。

2 この要綱の施行の際、改正前の春日井市任意予防接種費用補助金交付要綱の規定に基づいて調製されている用紙類は、改正後の春日井市任意予防接種費用補助金交付要綱の規定にかかわらず、当分の間、そのまま又は所要の訂正をして使用することがある。

附 則

- 1 この要綱は、令和4年4月1日から施行する。
- 2 改正後の春日井市任意予防接種費用補助金交付要綱の規定は、令和4年4月1日以後に受ける予防接種に係る補助金について適用し、同日前に受ける予防接種に係る補助金については、なお従前の例による。

附 則

(施行期日)

- 1 この要綱は、令和5年4月1日から施行する。

(経過措置)

- 2 改正後の春日井市任意予防接種費用補助金交付要綱の規定は、令和5年4月1日以後に受ける予防接種に係る補助金について適用し、同日前に受ける予防接種に係る補助金については、なお従前の例による。
- 3 この要綱の施行の際、改正前の春日井市任意予防接種費用補助金交付要綱に基づいて調製されている用紙類は、改正後の春日井市任意予防接種費用補助金交付要綱にかかわらず、当分の間、そのまま又は所要の訂正をして使用することがある。

別表第1 (第3条関係)

風しん抗体価基準値

測定キット名 (製造販売元)	検査方法	抗体価 (単位等)
風疹ウイルスHI 試薬「生研」 (デンカ生研株式会社)	赤血球凝集抑制法 (HI法)	1.6倍以下 (希釈倍率)
R-HI「生研」 (デンカ生研株式会社)	赤血球凝集抑制法 (HI法)	1.6倍以下 (希釈倍率)
ウイルス抗体EIA「生研」ルベラ IgG (デンカ生研株式会社)	酵素免疫法 (EIA法)	8.0未満 (EIA価)
エンザイグノストB風疹/IgG (シーメンスヘルスケア・ダイアグノスティクス株式会社)	酵素免疫法 (EIA法)	3.0未満 (国際単位 (IU) /ml)
バイダス アッセイキット RUB IgG (シスメックス・ビオメリユー株式会社)	蛍光酵素免疫法 (ELFA法)	4.5未満 (国際単位 (IU/ml))
ランピア ラテックス RUBELLA (極東製薬工業株式会社)	ラテックス免疫比濁法 (LTI法)	3.0未満 (国際単位 (IU) /ml)
アクセス ルベラ IgG (ベックマン・コールター株式会社)	化学発光酵素免疫法 (CLEIA法)	4.5未満 (国際単位 (IU) /ml)
i-アッセイCL風疹 IgG (株式会社保健科学西日本)	化学発光酵素免疫法 (CLEIA法)	1.4未満 (抗体価)
BioPlex MMRV IgG (バイオ・ラッド ラボラトリーズ株式会社)	蛍光免疫測定法 (FIA法)	3.0未満 (抗体価 AI*)
BioPlex ToRC IgG (バイオ・ラッド ラボラトリーズ株式会社)	蛍光免疫測定法 (FIA法)	3.0未満 (国際単位 (IU) /ml)
Rubella-G アボット (アボットジャパン株式会社)	化学発光免疫測定法 (CLIA法)	2.5未満 (国際単位 (IU/ml))
ランピア ラテックス RUBELLA II (極東製薬工業株式会社)	ラテックス免疫比濁法 (LTI法)	3.5未満 (国際単位 (IU) /ml)
バイオラインルベラ IgG/IgM (アボットジャパン株式会社)	イムノクロマト法 (ICA法)	陰性

別表第2（第4条関係）

ワクチンの種類		補助の上限額	
		生活保護受給者	生活保護受給者以外
おたふくかぜ		6,000円	3,000円
風しん	風しん	6,000円	3,000円
	麻しん風しん混合	10,000円	5,000円
高齢者肺炎球菌		7,500円	3,000円
带状疱疹	不活化ワクチン	20,000円	10,000円
	生ワクチン	6,000円	3,000円

別表第3（第4条関係）

ワクチン接種の種類		補助の上限額
B型肝炎		8,299 円
ヒブ		9,033 円
小児用肺炎球菌		12,399 円
四種混合		13,774 円
麻しん風しん混合（MR）		12,726 円
麻しん		9,735 円
風しん		9,746円
水痘		11,055円
日本脳炎		9,649円
二種混合		7,598円
子宮頸がん	2価ワクチン 4価ワクチン	16,852円
	9価ワクチン	27,000 円
三種混合		8,195 円
不活化ポリオ		11,154 円

第1号様式（第6条関係）

その1

年 月 日

(宛先) 春日井市長

住 所 春日井市

(ふりがな)

被接種者との続柄

申 請 者

氏 名

()

(保護者)

電話番号

春日井市任意予防接種（おたふくかぜワクチン）費用補助金交付申請書

おたふくかぜワクチンの接種費用に係る補助金の交付を受けたいので、春日井市補助金等に関する規則第3条の規定により次のとおり申請します。また、春日井市任意予防接種費用補助金交付要綱第6条に基づき、接種を受けた指定医療機関に補助金の請求事務及び代理受領に関する権限を委任します。

被接種者	ふりがな	
	氏 名	
	生年月日	年 月 日
	住 所	1 申請者と同じ 2 その他（春日井市)
補助金交付申請額		円

医 療 機 関 記 入 欄

接種費用	円	補助金額	円	差引徴収額	円							
確認項目 *該当する項目について確認し、チェックしてください。	【本人確認】 <input type="checkbox"/> 上記の保護者及び被接種者を健康保険証等で本人と確認											
	【履歴確認】 <input type="checkbox"/> 保護者と健康増進課に、過去に春日井市でおたふくかぜワクチンの接種費用補助を受けたことがないことを確認 *母子健康手帳に「春補助」の押印が無い場合は、健康増進課に利用歴の確認をしてください。 <input type="checkbox"/> 既往歴の確認											
	【補助額区分】 <input type="checkbox"/> 生活保護受給者以外（補助金額：上限 3,000 円） <input type="checkbox"/> 生活保護受給者（補助金額：上限 6,000 円） *生活保護受給者は、生活保護受給証明書を添付してください。											
接種年月日	年 月 日											
医療機関名及び医療機関コード			2	3	1	2	5	0				

年 月 日

(宛先) 春日井市長

住 所 _____

(ふりがな)

申請者 氏 名 _____ (女・男)

(委任者) 生年月日 _____ 年 月 日

電話番号 _____

春日井市任意予防接種（風しんワクチン）費用補助金交付申請書

風しんワクチンの接種費用に係る補助金の交付を受けたいので、春日井市補助金等に関する規則第3条の規定により次のとおり申請します。また、春日井市任意予防接種費用補助金交付要綱第6条に基づき、接種を受けた指定医療機関に補助金の請求事務及び代理受領に関する権限を委任します。

1 補助金交付申請額 _____ 円

2 対象者区分（該当する□に✓）

- 風しんワクチン等接種歴及び風しん既往歴がない
 - 風しんの抗体価が不十分である
 - ・H I抗体価：16倍以下
 - ・E I A抗体価（デンカ生研株式会社製キット使用）：8.0未満
 - ・国際単位（シーメンスヘルスケア・ダイアグノスティクス株式会社、極東製薬工業株式会社製キット使用）：30 I U/m L未満
 - ・国際単位（シスメックス・ピオメリユール株式会社、バックマン・コールター株式会社製キット使用）：45 I U/m L未満
 - 次のいずれかに該当する（該当する数字に「○」）
 - ① 妊娠を予定又は希望している女性（ 経産婦の場合、 ）
 - ② ①の夫（事実上婚姻関係と同様の事情にある者を含む）
 - ③ 妊娠している女性の夫（事実上婚姻関係と同様の事情にある者を含む）
- ※抗体検査の結果の分かる書類及び、生活保護を受けている場合は、生活保護受給証明書提出してください。

医 療 機 関 記 入 欄

接種費用	円	補助金額	円	差引徴収額	円
確認項目	【本人確認】 <input type="checkbox"/> 上記の被接種者を健康保険証等で本人と確認				
* 該当する項目について確認し、チェックしてください。	【補助額区分】 <u>（接種したワクチンに「○」）</u> <input type="checkbox"/> 生活保護受給者以外（上限：風しん 3,000 円、麻しん風しん混合 5,000 円） <input type="checkbox"/> 生活保護受給者（上限：風しん 6,000 円、麻しん風しん混合 10,000 円） ※生活保護受給者は、生活保護受給証明書を添付してください。				
接種年月日	年 月 日				
医療機関名					

年 月 日

（宛先）春日井市長

住 所

（ふりがな）

申 請 者 氏 名

（被接種者）生年月日 年 月 日

電話番号

春日井市任意予防接種（高齢者肺炎球菌ワクチン）費用補助金交付申請書

高齢者肺炎球菌ワクチンの接種費用に係る補助金の交付を受けたいので、春日井市補助金等に関する規則第3条の規定により次のとおり申請します。また、春日井市任意予防接種費用補助金交付要綱第6条に基づき、接種を受けた指定医療機関に補助金の請求事務及び代理受領に関する権限を委任します。

補助金交付申請額 円

医 療 機 関 記 入 欄

次の項目について、証明します。

接種費用	円	補助金額	円	差引徴収額	円										
確認項目 *該当する項目について確認し、チェックしてください。	【本人確認】 <input type="checkbox"/> 上記の被接種者を健康保険証等で本人と確認														
	【履歴確認】 <input type="checkbox"/> 本人と健康増進課に過去に高齢者肺炎球菌ワクチンの接種を受けたことがないことを確認														
	【対象区分】 <input type="checkbox"/> 65歳以上の者 <input type="checkbox"/> 60歳以上満65歳未満の者で、心臓、腎臓若しくは呼吸器の機能又はヒト免疫不全ウイルスによる免疫の機能に身体障害者手帳1級程度の障害を有する者 *身体障害者手帳の該当ページの写し又は証明書等を添付してください。														
	【補助額区分】 <input type="checkbox"/> 生活保護受給者以外（補助金額：上限3,000円） <input type="checkbox"/> 生活保護受給者（補助金額：上限7,500円） *生活保護受給者は、生活保護受給証明書を添付してください。														
接種年月日	年 月 日														
接種ワクチン名	<input type="checkbox"/> ニューモバックス <input type="checkbox"/> プレベナー <input type="checkbox"/> バクニューバンス														
医療機関名及び医療機関コード	<table border="1" style="display: inline-table; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 20px; text-align: center;">2</td> <td style="width: 20px; text-align: center;">3</td> <td style="width: 20px; text-align: center;">1</td> <td style="width: 20px; text-align: center;">2</td> <td style="width: 20px; text-align: center;">5</td> <td style="width: 20px; text-align: center;">0</td> <td style="width: 20px;"></td> <td style="width: 20px;"></td> <td style="width: 20px;"></td> <td style="width: 20px;"></td> </tr> </table>					2	3	1	2	5	0				
2	3	1	2	5	0										

第1号様式（第6条関係）

その4

年 月 日

(宛先) 春日井市長 住 所 _____

ふりがな

申 請 者 氏 名 _____

(補助対象者) 生年月日 _____ 年 _____ 月 _____ 日

電話番号 _____

春日井市任意予防接種（帯状疱疹ワクチン）費用補助金交付申請書

帯状疱疹ワクチンの接種費用に係る補助金の交付を受けたいので、春日井市補助金等に関する規則第3条の規定により次のとおり申請します。また、春日井市任意予防接種費用補助金交付要綱第6条に基づき、接種を受けた指定医療機関に補助金の請求事務及び代理受領に関する権限を委任します。

補助金交付申請額 _____ 円

医 療 機 関 記 入 欄

接種費用	円	補助金額	円	差引徴収額	円
確認項目	【本人確認】 <input type="checkbox"/> 上記の補助対象者を運転免許証等で本人と確認				
	【履歴確認】 <input type="checkbox"/> 本人と健康増進課へ、過去の春日井市における帯状疱疹ワクチン接種費用補助の利用状況を確認 *健康増進課に利用歴を確認してください。				
	【補助額区分】 <input type="checkbox"/> 生活保護受給者以外（シングリックス：上限10,000円、ビケン：上限3,000円） <input type="checkbox"/> 生活保護受給者（シングリックス：上限20,000円、ビケン：上限6,000円） *生活保護受給者は、生活保護受給証明書を添付してください。				
	【補助適用区分】（適用される補助を種別分けします。該当するものにチェックしてください） <input type="checkbox"/> シングリックス（1回目） <input type="checkbox"/> シングリックス（2回目） <input type="checkbox"/> ビケン				
接種年月日	年 月 日				
医療機関名及び医療機関コード	2 3 1 2 5 0				

第2号様式（第8条関係）

その1

春日井市任意予防接種（おたふくかぜワクチン）費用補助金交付請求書

年 月 日

（宛先）春日井市長

請求者 医療機関名.....
 住 所.....
 代 表 者.....
 電 話 番 号.....

医療機関コード

2	3	1	2	5	0				
---	---	---	---	---	---	--	--	--	--

おたふくかぜワクチン接種費用に係る補助金の請求事務及び代理受領に関する権限を被接種者から委任されましたので、次のとおり 年 月分のおたふくかぜワクチン接種実施分の補助金額を請求します。

1 件 名 春日井市任意予防接種（おたふくかぜワクチン）費用補助金

2 請求金額 円

3 登録済み口座への振込みを希望します

【請求金額内訳】

対象者	1人当たり補助金額（円）	被接種者数（人）	合計金額（円）
生活保護受給者以外	3,000円		
生活保護受給者	6,000円		
合 計			

春日井市任意予防接種（風しんワクチン）費用補助金交付請求書

年 月 日

(宛先) 春日井市長

請求者 医療機関名.....
 住 所.....
 代 表 者.....
 電 話 番 号.....

医療機関コード

2	3	1	2	5	0				
---	---	---	---	---	---	--	--	--	--

風しんワクチン接種費用に係る補助金の請求事務及び代理受領に関する権限を被接種者から委任されましたので、次のとおり 年 月分の風しんワクチン接種実施分の補助金額を請求します。

1 件 名 春日井市任意予防接種（風しんワクチン）費用補助金

2 請求金額 _____ 円

3 登録済み口座への振込みを希望します

【請求金額内訳】

対象者	ワクチン	1人当たり補助金額 (円)	被接種者数 (人)	合計金額 (円)
① 妊娠を予定又は希望している女性	風しん	3,000 円		
		6,000 円 (生保)		
	麻しん風しん混合	5,000 円		
		10,000 円 (生保)		
② ①の夫	風しん	3,000 円		
		6,000 円 (生保)		
	麻しん風しん混合	5,000 円		
		10,000 円 (生保)		
③ 妊娠している女性の夫	風しん	3,000 円		
		6,000 円 (生保)		
	麻しん風しん混合	5,000 円		
		10,000 円 (生保)		
合 計				

春日井市任意予防接種（高齢者肺炎球菌ワクチン）費用補助金交付請求書

年 月 日

(宛先) 春日井市長

医療機関名

請求者 住 所

代 表 者

電 話 番 号

医療機関コード

2	3	1	2	5	0				
---	---	---	---	---	---	--	--	--	--

肺炎球菌ワクチン接種費用に係る補助金の請求事務及び代理受領に関する権限を被接種者から委任されましたので、次のとおり 年 月分の肺炎球菌ワクチン接種実施分の補助金額を請求します。

1 件 名 春日井市任意予防接種（高齢者肺炎球菌ワクチン）費用補助金

2 請求金額 _____ 円

3 登録済み口座への振込みを希望します

【請求金額内訳】

対 象 者		補助金額 (円)	被接種者数 (人)	合計金額 (円)
生活保護受給者以外の者	65歳以上の者	3,000円		
	60歳以上65歳未満の者	3,000円		
生活保護受給者	65歳以上の者	7,500円		
	60歳以上65歳未満の者	7,500円		
合 計				

第2号様式(第8条関係)

その4

春日井市任意予防接種（帯状疱疹ワクチン）費用補助金交付請求書

年 月 日

(宛先) 春日井市長

医療機関名

請求者 所在地

代 表 者

電 話 番 号

医療機関コード

2	3	1	2	5	0				
---	---	---	---	---	---	--	--	--	--

帯状疱疹ワクチン接種費用に係る補助金の請求事務及び代理受領に関する権限を補助対象者より委任されましたので、次のとおり令和 年 月分の帯状疱疹ワクチン接種実施分の補助金額を請求します。

1 件 名 春日井市任意予防接種（帯状疱疹ワクチン）費用補助金

2 請求金額 _____ 円

3 登録済み口座への振込みを希望します

【請求金額内訳】

対 象 者		1人当たり 補助金額 (円)	補助対象者数 (人)	合計金額 (円)
生活保護受給者 以外の者	シングリックス	10,000円		
	ビケン	3,000円		
生活保護受給者	シングリックス	20,000円		
	ビケン	6,000円		
合 計				

年 月 日

(宛先) 春日井市長

住 所

申請者 ふりがな 氏 名

(保護者) 電話番号

春日井市任意予防接種(おたふくかぜワクチン)指定医療機関外費用補助金
交付申請書兼請求書

春日井市任意予防接種費用補助金交付要綱第9条の規定に基づき、次のとおり任意予防接種費用に係る補助金について申請します。

補助金交付申請額	円
被接種者氏名	
被接種者生年月日	年 月 日
接種費用	円
医療機関名	
接種年月日	年 月 日

請求金額 円

金融機関	銀行 信用金庫 農協	預金種別	普通 当座	口座番号	
	支店			フリガナ	
				口座名義人	

※口座名義人は申請者氏名と同一にしてください。

【添付書類】

- 1 領収書（被接種者氏名、接種年月日、接種ワクチン、接種費用、医療機関名のあるもの）
- 2 生活保護受給証明書（生活保護受給者の場合）

年 月 日

(宛先) 春日井市長

住 所

ふりがな

申 請 者 氏 名 (女・男)

(被接種者) 生年月日 年 月 日

電話番号

春日井市任意予防接種(風しんワクチン)指定医療機関外費用補助金
交付申請書兼請求書

春日井市任意予防接種費用補助金交付要綱第9条の規定に基づき、次のとおり任意予防接種費用に係る補助金について申請します。

補助金交付申請額	円
対象者区分	<input type="checkbox"/> ① 妊娠を予定又は希望している女性 (<input type="checkbox"/> 経産婦の場合) <input type="checkbox"/> ② ①の夫 <input type="checkbox"/> ③ 妊娠している女性の夫 } (事実上婚姻関係と同様の事情にある者を含む) ※全て風しんワクチンの接種歴及び既往歴がない人
接種ワクチン	<input type="checkbox"/> 風しん <input type="checkbox"/> 麻しん風しん混合
接種費用	円
医療機関名	
接種年月日	年 月 日

請求金額 円

金融機関	銀行 信用金庫 農協	預金種別	普通	口座番号	
	支店		当座	フリガナ	
				口座名義人	

※口座名義人は申請者氏名と同一にしてください。

【添付書類】

- 1 風しんに対する抗体検査の結果が分かる書類
- 2 領収書(被接種者氏名、接種年月日、接種ワクチン、接種費用、医療機関名のあるもの)
- 3 生活保護受給証明書(生活保護受給者の場合)

年 月 日

（宛先）春日井市長

住 所

ふりがな

申 請 者 氏 名

（被接種者）生年月日 年 月 日

電話番号

春日井市任意予防接種（高齢者肺炎球菌ワクチン）指定医療機関外費用補助金
交付申請書兼請求書

春日井市任意予防接種費用補助金交付要綱第9条の規定に基づき、次のとおり
任意予防接種費用に係る補助金について申請します。

補助金交付申請額	円
接種ワクチン	<input type="checkbox"/> ニューモバックス <input type="checkbox"/> プレベナー <input type="checkbox"/> バクニュバンス
接種費用	円
医療機関名	
接種年月日	年 月 日

請求金額 円

金融機関	銀行 信用金庫 農協	預金種別	普通	口座番号	
	支店		当座	フリガナ	
				口座名義人	

※口座名義人は申請者氏名と同一にしてください。

【添付書類】

- 1 領収書（被接種者氏名、接種年月日、接種ワクチン、接種費用、医療機関名のあるもの）
- 2 生活保護受給証明書（生活保護受給者の場合）
- 3 60歳以上65歳未満の者で医師が必要と認める者は、身体障害者手帳（1級）又は1級相当の障がい有ることがわかる医師の証明書

年 月 日

（宛先）春日井市長

住 所

ふりがな

申 請 者 氏 名

（補助対象者）生年月日 年 月 日

電話番号

春日井市任意予防接種（带状疱疹ワクチン）指定医療機関外費用補助金
交付申請書兼請求書

春日井市任意予防接種費用補助金交付要綱第9条の規定に基づき、次のとおり
任意予防接種費用に係る補助金について申請します。

補助金交付申請額	円
補助適用区分	<input type="checkbox"/> シングリックス（1回目） <input type="checkbox"/> シングリックス（2回目） <input type="checkbox"/> ビケン
接種費用	円
医療機関名	
接種年月日	年 月 日

請求金額 円

金融機関	銀行 信用金庫 農協	預金種別	普通	口座番号	
	支店		当座	フリガナ	
				口座名義人	

※口座名義人は申請者氏名と同一にしてください。

【添付書類】

- 1 領収書（被接種者氏名、接種年月日、接種ワクチン、接種費用、医療機関名のあるもの）
- 2 生活保護受給証明書（生活保護受給者の場合）

第4号様式（第9条関係）

その5

年 月 日

(宛先) 春日井市長

申請者 (保護者) 住所
 ふりがな
 氏名
 電話番号

春日井市任意予防接種（抗体消失児予防接種ワクチン）指定医療機関外
 費用補助金交付申請書兼請求書

春日井市任意予防接種費用補助金交付要綱第9条の規定に基づき、次のとおり任意予防接種費用に係る補助金について申請します。

補助金交付申請額	円				
被接種者氏名					
被接種者生年月日	年 月 日				
接種費用	円				
ワクチン種類	回数	接種年月日	ワクチン種類	回数	接種年月日
	回目			回目	
	回目			回目	
	回目			回目	
	回目			回目	
	回目			回目	
医療機関名					

請求金額 円

金融機関	銀行 信用金庫 農協	預金種別	普通	口座番号	
	支店		当座	フリガナ	
				口座名義人	

※口座名義人は申請者氏名と同一にしてください。

【添付書類】

- 1 抗体消失児予防接種ワクチンに関する医師の意見書
- 2 予防接種に係る料金を支払ったことを証する書類（被接種者氏名、接種年月日、接種ワクチン、接種費用、医療機関名のあるもの）
- 3 母子健康手帳又は予防接種証明書等の予防接種履歴が確認できる書類

