



音更町骨髄移植患者等 ワクチン再接種費用助成のお知らせ

骨髄移植手術その他の理由により、接種済みの定期予防接種の予防効果が期待できないと医師に判断された方に対し、経済的負担軽減のため、再接種費用を助成します。

●対象者

音更町民で、次の①②③のいずれにも該当する方。

- ① 骨髄移植手術等の理由により、接種済みの定期予防接種の予防効果が期待できないと医師に判断された方。
- ② 接種済みの定期予防接種の回数・間隔が、予防接種実施規則によるものである方。
- ③ 再接種を受ける日において、20歳未満の方。

●助成対象予防接種

次の①～④のいずれにも該当するもの。

- ① 平成31年4月1日以降の接種であること。
- ② 定期の予防接種A類※のワクチンであること。
- ③ 使用するワクチンが予防接種実施規則の規定によるものであること。
- ④ 予防接種法施行規則に掲げる特定疾病に関わる予防接種であること。ただし、BCGは4歳、ヒブは10歳、小児用肺炎球菌は6歳、五種または四種混合は15歳に達するまでとする。

※ 集団予防を目的とした定期接種の対象となっている疾病を指します。

●助成方法

医療機関で予防接種に要した費用を自己負担いただき、後日、申請により払い戻します。

●申請手順

① 事前相談

接種前に保健センター内健康推進課へ
事前相談

↓
申請書類(ア)(イ)(エ)を受取る

↓
医師に(イ)の理由書を
記載してもらう

② 事前申請

↓
(ア)(イ)(ウ)を添えて
事前申請

↓
補助対象認定通知書が届く ※

③ 再接種

↓
再接種実施
医療機関に一旦全額支払い

④ 事後申請

↓
(エ)(オ)(カ)(キ)を添えて
事後申請

↓
補助金交付決定通知書が届く
指定口座に振り込まれる

●申請に必要な書類

- (ア) 音更町骨髄移植患者等ワクチン再接種費用補助対象認定申請書
- (イ) 音更町骨髄移植患者等ワクチン再接種費用補助に関する理由書
- (ウ) 母子健康手帳 又は予防接種履歴が確認できる写し
- (エ) 音更町骨髄移植患者等ワクチン再接種費用補助金交付申請書
- (オ) 予防接種実施医療機関の領収書
- (カ) 予防接種予診票 又は接種医及び保護者の署名等が確認できる写し
- (キ) 振込先金融機関通帳の口座番号等が記載されているページの写し

※ 審査により不認定となった場合、不認定通知書が送付されます。

☎ 問合せ・申請先 保健センター内健康推進課

〒080-0104 音更町新通8丁目5番地

☎ 0155-42-2712

