

半田市定期予防接種実施要綱

(趣旨)

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項に規定する予防接種の実施に関し、必要な事項を定めるものとする。

(用語の定義)

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、それぞれ当該各号に定めるところによる。

- (1) 定期予防接種 法第2条第2項に規定するA類疾病及び同条第3項に規定するB類疾病に係る予防接種であつて、法第5条第1項及び予防接種法施行令(昭和23年政令第197号。以下「政令」という。)第3条の規定により市が行わなければならないとされているもの
- (2) 保護者 親権を行う者又は後見人その他の者で、被接種者を現に監護する者
- (3) 市内指定医療機関 市が一般社団法人半田市医師会との間に締結した契約に基づき定期予防接種を実施する半田市内の医療機関
- (4) 広域予防接種協力医療機関 公益社団法人愛知県医師会(以下「県医師会」という。)が作成した愛知県広域予防接種事業協力医師・医療機関名簿に登録される愛知県内の医療機関

(対象者)

第3条 定期予防接種の対象者は、接種日現在において半田市に住所を有する、政令第3条に定める者とする。

(実施方法)

第4条 定期予防接種の実施方法は、予防接種実施規則(昭和33年厚生省令第27号)に定めるところによるものとする。

2 定期予防接種は、原則として市内指定医療機関において実施するものとする。

(実施期間)

第5条 定期予防接種は、年間を通じて実施するものとする。ただし、B類疾病のうちインフルエンザ及び新型コロナウイルス感染症に係るものについては、別に定めるものとする。

(接種費用)

第6条 定期予防接種に係る費用は、B類疾病に係るものを除き、無料とする。

2 B類疾病に係る接種費用は、インフルエンザにあつては、1回当たり実費相当分1,500円、高齢者肺炎球菌にあつては、1回当たり実費相当分3,400円、新型コロナウイルス感染症にあつては、1回当たり実費相当分4,600円とする。

00円、带状疱疹（生ワクチン）にあつては、1回あたり実費相当分2,500円、带状疱疹（組換えワクチン）にあつては、1回あたり実費相当分6,400円とする。この場合において、市長は、接種の際に被接種者から費用を徴収するものとする。

3 市長は、B類疾病に係る定期予防接種を受けようとする者が、次の各号のいずれかに該当する場合は、前項の規定による接種費用を免除することができる。

(1) 生活保護法（昭和25年法律第144号）による生活保護の適用を受けている世帯に属する場合

(2) 当該年度分（当該年度分が確定していない場合にあつては、前年度分）の市民税非課税世帯に属する場合。ただし、課税者の扶養親族を含む世帯は対象外とする。

(3) 前2号に定めるもののほか、市長が公益上の必要その他特別の理由があると認める場合

4 市長は、前項の規定にかかわらず、半田市に納めるべき市民税、固定資産税、都市計画税、国民健康保険税、介護保険料及び後期高齢医療費保険料の滞納がある者については、接種費用の免除を行わないものとする。ただし、適切な納付誓約の提出があり、確実な納付が見込まれると判断される場合は、この限りではない。

5 第3項の規定により接種費用の免除を受けようとする者は、半田市定期予防接種費用免除申請書（様式第1）により市長に申請するものとする。

6 市長は、前項の規定による申請書を受理したときは、速やかにその内容を審査し、免除の可否を決定するとともに、その旨を半田市定期予防接種費用免除可否決定通知書（様式第2。以下「決定通知書」という。）により申請者に通知するものとする。

7 前項の規定による免除の決定を受けた者は、定期予防接種を受けるときに決定通知書を市内指定医療機関に提出するものとする。

（広域予防接種）

第7条 市長は、半田市に住所を有する、次の各号に掲げる者で、広域予防接種協力医療機関において接種を受けることを希望するもの（以下「広域予防接種対象者」という。）に対し、当該医療機関における定期予防接種（以下「広域予防接種」という。）を実施することができる。

(1) 半田市外の市町村にかかりつけ医がいる者

(2) 長期に入院治療を要し、半田市で予防接種を受けることが困難な者

(3) 里帰り出産、家庭内暴力等のため、半田市外での予防接種を希望する者

(4) 介護老人保健施設等への入所により、半田市外での予防接種を希望する者

(5) その他市長が対象者と認めた者

(広域予防接種の承認申請)

第8条 広域予防接種対象者(対象者が未成年の場合は、その保護者)は、A類疾病に係るものにあつては半田市広域予防接種承認申請書(A類疾病)(様式第3-1)により、B類疾病に係るものにあつては半田市広域予防接種承認申請書(B類疾病)(様式第3-2)により、事前に市長に申請するものとする。

2 市長は、前項の規定による申請書を受理したときは、速やかに承認の可否を決定するとともに、承認することを決定したときは、A類疾病に係るものにあつてはA類疾病広域予防接種連絡票(様式第4-1)により、B類疾病のうちインフルエンザに係るものにあつてはB類疾病(インフルエンザ)広域予防接種連絡票兼接種済証(様式第4-2)により、B類疾病のうち高齢者肺炎球菌に係るものにあつてはB類疾病(高齢者肺炎球菌)広域予防接種連絡票兼接種済証(様式第4-3)により、B類疾病のうち新型コロナウイルス感染症に係るものにあつてはB類疾病(新型コロナウイルス感染症)広域予防接種連絡票兼接種済証(様式第4-4)により、B類疾病のうち帯状疱疹に係るものにあつてはB類疾病(帯状疱疹)広域予防接種連絡票兼接種済証(様式第4-5)(以下「連絡票等」という。)により、承認しないことを決定したときは、半田市広域予防接種不承認決定通知書(様式第5)により、申請者に通知するものとする。

3 前項の規定による承認の決定を受けた者は、広域予防接種を受けるときに連絡票等を広域予防接種協力医療機関に提出するものとする。

(広域予防接種費用の請求、審査及び支払)

第9条 広域予防接種に係る費用の請求、審査及び支払については、市が愛知県国民健康保険団体連合会との間に締結した契約に定めるところによるものとする。

(接種費用の助成)

第10条 市長は、半田市に住所を有し、かつ、第7条の規定による広域予防接種対象者に該当しない次の各号に掲げる者で、半田市外の医療機関等において接種を受けようとするものに対し、助成金を交付することができる。ただし、予防接種を受けた他の市町村において接種費用の助成が受けられる場合は、この限りでない。

(1) 特殊な疾患を有し、市外の医療機関において接種を受けることを希望する者

(2) 医療機関への入院、児童養護施設若しくは介護老人保健施設等への入所又は里帰り出産により市外に滞在している者

(3) その他市長がやむを得ないと認める者

(助成金の額)

第11条 前条の規定による助成金の額は、市が一般社団法人半田市医師会との間に締結した契約に定める額（以下「契約額」という。）を限度として、接種に要した額とする。ただし、B類疾病に係る定期予防接種の助成金の額は、被接種者が生活保護法による生活保護の適用を受けている世帯又は当該年度分（当該年度分が確定していない場合にあっては、前年度分）の市民税非課税世帯に属していない場合は、契約額を限度として、接種に要した額から第6条第2項に規定する費用を控除した額とする。

(認定申請の手続)

第12条 助成金の交付を受けようとする者（対象者が未成年の場合は、その保護者）は、予防接種を受ける前に半田市予防接種費助成対象者認定申請書（様式第6）（以下「認定申請書」という。）により市長に申請するものとする。

2 市長は、前項の規定による認定申請書を受理したときは、速やかに内容を審査し、認定の可否を決定するとともに、その旨を半田市予防接種費助成対象者認定可否決定通知書（様式第7）により申請者に通知するものとする。

3 市長は、前項の規定による認定の決定を受けた者（以下「被認定者」という。）に対し、半田市予防接種実施依頼書（様式第8）を交付するものとする。

4 被認定者は、予防接種を受けるときは、前項に規定する実施依頼書を接種を受ける医療機関等に提出するものとする。

(助成金の交付申請)

第13条 被認定者は、予防接種を受けた後、半田市予防接種費助成金交付申請書兼請求書（様式第9）に必要書類を添えて市長に交付申請するものとする。

2 前項の規定による交付申請書は、予防接種を受けた日の属する月の翌月の末日までに提出するものとする。

(助成金の交付決定及び支払)

第14条 市長は、前条の規定による交付申請書を受理した場合は、速やかに内容を審査し、適当と認めるときは、助成金の額を決定するとともに、その旨を半田市予防接種費助成金交付決定通知書（様式第10）により申請者に通知するものとする。

2 市長は、前項の規定により交付を決定した助成金を速やかに申請者に支払うものとする。

(返還)

第15条 市長は、偽りその他不正の手段により、助成金の交付を受けた者に対し、前条第1項の規定による決定の全部又は一部を取り消し、交付した助成金の全部又は一部の返還を請求することができる。

(その他)

第16条 この要綱に定めるもののほか、必要な事項は、市長が別に定める。

附 則

この要綱は、平成26年4月1日から施行する。

附 則

この要綱は、平成26年10月1日から施行する。

附 則

この要綱は、平成28年4月1日から施行する。

附 則

この要綱は、公布の日から施行し、平成29年7月18日から適用する。

附 則

この要綱は、令和元年9月24日から施行する。

附 則

この要綱は、令和3年1月1日から施行する。

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4年4月1日から施行する。

附 則

この要綱は、令和6年8月1日から施行する。

附 則

この要綱は、令和7年4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。

半田市定期予防接種費用免除申請書

年 月 日

半田市長 殿

申請者 (〒 -)

住 所 半田市

フリガナ

氏 名

生年月日 年 月 日 (歳)

電話番号

被接種者との続柄 ()

下記の事由により、(インフルエンザ・高齢者肺炎球菌・新型コロナウイルス感染症・帯状疱疹(生ワクチン)・帯状疱疹(組換えワクチン1回目)・帯状疱疹(組換えワクチン2回目)) 定期予防接種費用の免除を申請します。

ついては、市担当者が被接種者の住民登録情報、予防接種履歴情報及び免除条件の確認調査を行うことに同意します。

なお、行政手続における特定の個人を識別するための番号の利用等に関する法律(平成25年法律第27号)第21条第1項の規定による情報提供ネットワークシステムを使用し、地方税関係情報の調査を行う場合の同意については、別紙のとおりです。

フリガナ		生年月日	年 月 日 (満 歳)
被接種者氏名		性 別	男 ・ 女
住所 (申請者と同じ場合は省略可)	半田市		
免除区分	<input type="checkbox"/> 市民税非課税世帯 <input type="checkbox"/> 生活保護受給世帯 <input type="checkbox"/> その他市長が公益上の必要その他特別の理由があると認める場合		
接種予定日	年 月 日		
接種予定医療機関			

職員確認印

同意書

同意者 (被接種者)	フリガナ	
	氏名	
	生年月日	
	住所	
	個人番号	
同意者	被接種者との続柄	
	フリガナ	
	氏名	
	生年月日	
	住所	<input type="checkbox"/> 被接種者に同じ
	個人番号	
同意者	被接種者との続柄	
	フリガナ	
	氏名	
	生年月日	
	住所	<input type="checkbox"/> 被接種者に同じ
	個人番号	
同意者	被接種者との続柄	
	フリガナ	
	氏名	
	生年月日	
	住所	<input type="checkbox"/> 被接種者に同じ
	個人番号	
同意者	被接種者との続柄	
	フリガナ	
	氏名	
	生年月日	
	住所	<input type="checkbox"/> 被接種者に同じ
	個人番号	

同意者	被接種者との続柄	
	フリガナ	
	氏名	
	生年月日	
	住所	<input type="checkbox"/> 被接種者に同じ
	個人番号	
同意者	被接種者との続柄	
	フリガナ	
	氏名	
	生年月日	
	住所	<input type="checkbox"/> 被接種者に同じ
	個人番号	
同意者	被接種者との続柄	
	フリガナ	
	氏名	
	生年月日	
	住所	<input type="checkbox"/> 被接種者に同じ
	個人番号	

記載要領

- 1 世帯構成員全員の同意が必要であること。世帯構成員が未成年者又は成年被後見人の場合は、その法定代理人が同意者となること。
- 2 同意者が自ら署名をすること。
- 3 代理人が同意書に署名する場合は、本人から委任状（任意様式）を徴取すること。
- 4 同意者が被接種者と同住所の場合は、住所の記入を省略できるものとする。
- 5 同意者の数が署名欄より多い場合は、欄外に記載できるものとする。

様式第2（第6条関係）

半田市定期予防接種費用免除可否決定通知書

年 月 日

様

半田市長

印

（インフルエンザ・高齢者肺炎球菌・新型コロナウイルス感染症・带状疱疹（生ワクチン）・带状疱疹（組換えワクチン1回目）・带状疱疹（組換えワクチン2回目）定期予防接種費用を（免除する・免除しない）ことに決定したので通知します。

（免除しない場合：理由）

・接種予定日 年 月 日

-----切-----取-----線-----

《（インフルエンザ・高齢者肺炎球菌・新型コロナウイルス感染症・带状疱疹（生ワクチン）・带状疱疹（組換えワクチン1回目）・带状疱疹（組換えワクチン2回目）定期予防接種費用免除者》

※ 接種医療機関にお願い

下記項目に記載のうえ、切り取り、医師会送付用の予診票に貼り付けてください。

（コピー可。）

・被接種者氏名

・接種年月日 年 月 日

・接種医療機関

半田市 職員確認印	
--------------	--

様式第3-2 (第8条関係)

半田市広域予防接種承認申請書 (B類疾病)

被接種者住所	(〒475-) 半田市	電話番号	
フリガナ		生年月日	年 月 日 (満 歳)
被接種者氏名			
申請理由	1 かかりつけ医 2 長期入院治療 3 高齢者施設入所 4 その他 ()		

申請日	年 月 日	希望市町村	希望医療機関(※1)
接種可能期間(有効期限)	広域予防接種承認日～ 年 月 日		
申請者氏名(被接種者と同じ場合は省略可)	(フリガナ) 被接種者との続柄 ()		
申請者住所(被接種者と同じ場合は省略可)	(〒475-) 半田市	(電話番号)	
希望する予防接種	インフルエンザ・高齢者肺炎球菌・新型コロナウイルス感染症・带状疱疹(生ワクチン) ・带状疱疹(組換えワクチン1回目)・带状疱疹(組換えワクチン2回目) (※2)		

※1 広域予防接種協力医療機関に限ります。

※2 定期予防接種対象年齢内かつ年度内の接種可能期間に接種を受けられるものに限ります。

半田市定期予防接種実施要綱第8条第1項に基づき、次のとおり広域予防接種の承認を申請します。
 ついては、市担当者が被接種者の住民登録情報及び予防接種履歴情報の確認調査を行うことに同意します。

また、接種費用免除区分(生活保護受給世帯又は市民税非課税世帯)にて申請する場合は、被接種者の免除条件についても、併せて確認調査を行うことに同意します。

なお、行政手続における特定の個人を識別するための番号の利用等に関する法律(平成25年法律第27号)第21条第1項の規定による情報提供ネットワークシステムを使用し、地方税関係情報の確認調査を行う場合の同意については、別紙のとおりです。

●接種費用免除区分

市民税非課税世帯 生活保護受給世帯

職員	
確認印	

同意書

同意者 (被接種者)	フリガナ	
	氏名	
	生年月日	
	住所	
	個人番号	
同意者	被接種者との続柄	
	フリガナ	
	氏名	
	生年月日	
	住所	<input type="checkbox"/> 被接種者に同じ
	個人番号	
同意者	被接種者との続柄	
	フリガナ	
	氏名	
	生年月日	
	住所	<input type="checkbox"/> 被接種者に同じ
	個人番号	
同意者	被接種者との続柄	
	フリガナ	
	氏名	
	生年月日	
	住所	<input type="checkbox"/> 被接種者に同じ
	個人番号	
同意者	被接種者との続柄	
	フリガナ	
	氏名	
	生年月日	
	住所	<input type="checkbox"/> 被接種者に同じ
	個人番号	

同意者	被接種者との続柄	
	フリガナ	
	氏名	
	生年月日	
	住所	<input type="checkbox"/> 被接種者に同じ
	個人番号	
同意者	被接種者との続柄	
	フリガナ	
	氏名	
	生年月日	
	住所	<input type="checkbox"/> 被接種者に同じ
	個人番号	
同意者	被接種者との続柄	
	フリガナ	
	氏名	
	生年月日	
	住所	<input type="checkbox"/> 被接種者に同じ
	個人番号	

記載要領

- 1 世帯構成員全員の同意が必要であること。世帯構成員が未成年者又は成年被後見人の場合は、その法定代理人が同意者となること。
- 2 同意者が自ら署名をすること。
- 3 代理人が同意書に署名する場合は、本人から委任状（任意様式）を徴取すること。
- 4 同意者が被接種者と同住所の場合は、住所の記入を省略できるものとする。
- 5 同意者の数が署名欄より多い場合は、欄外に記載できるものとする。

様式第4-1 (第8条関係)

A類疾病広域予防接種連絡票

住所	(〒 -)		電話番号	
フリガナ		フリガナ	性別	男 ・ 女
保護者氏名		被接種者氏名	生年月日	年 月 日 (満 歳 か月)
対象者区分				

発行日	年 月	希望市町村	希望医療機関	
希望する 予防接種				
接種間隔超過等の取り扱い				
有効期限	本連絡票は、 年 月 日まで有効です。			愛知県半田市長 印

【被接種者の保護者様へ】

- 本連絡票に記載の情報は、広域予防接種事業においてのみ利用します。
- 接種日時点で半田市に住民登録のない場合、接種費用が全額自己負担となりますので、ご注意ください。
- 医療機関に持って行くもの
 - ・ A類疾病広域予防接種連絡票
 - ・ 予診票
 - ・ 親子(母子)健康手帳
 - ・ 子ども医療費受給者証、マイナンバーカード等身分証
 - ・ 委任状(祖父母等保護者以外が同伴する場合)
 - ・ 同意書(13歳以上の未成年者が1人で接種を受ける場合)

(問合わせ：半田市

電話番号

)

様式第4-2 (第8条関係)

B類疾病 (インフルエンザ) 広域予防接種連絡票兼接種済証

住所	(〒 -)	電話番号	
フリガナ		生年月日	年 月 日 (満 歳)
被接種者氏名			
対象者区分			

発行日	年 月 日	希 望 市町村	希 望 医療機関
接種可能期間 (有効期限)			
自己負担額	_____円 ← 接種医療機関は左記の金額を被接種者より徴収してください。		
接種時に 必要な書類			
医療機関 確認事項			
取扱い事項			

【注意事項】

◎接種医療機関の方へ

- 1 自己負担額に記載されている金額を被接種者より、徴収してください。
- 2 接種済証に、接種日及び実施医療機関名・医師名を記入のうえ本人にこの用紙をお返しください。

◎被接種者の方へ

- 1 本連絡票に記載の情報は、広域予防接種事業においてのみ利用します。
- 2 本連絡票は、半田市外へ転出した日以降は無効となります。転入先の市区町村で、予防接種の手続き等をご確認ください。
- 3 接種日時点で半田市に住民登録のない場合、接種費用が全額自己負担となりますので、ご注意ください。
- 4 本連絡票には接種済証がついています。接種した証明となりますので、大事に保管してください。

(問合わせ：半田市 電話番号)

B類疾病 (インフルエンザ) 予防接種済証			
接種日	年	月	日
			回数
ワクチンの種類	実施医療機関名		
メーカー/ロット	医師名		

様式第4-3 (第8条関係)

B類疾病 (高齢者肺炎球菌) 広域予防接種連絡票兼接種済証

住所	(〒 -)	電話番号	
フリガナ		生年月日	年 月 日 (満 歳)
被接種者氏名			
対象者区分			

発行日	年 月 日	希 望 市町村	希 望 医療機関
接種可能期間 (有効期限)			
自己負担額	_____円 ← 接種医療機関は左記の金額を被接種者より徴収してください。		
接種時に 必要な書類			
医療機関 確認事項			
取扱い事項			

【注意事項】

◎接種医療機関の方へ

- 1 自己負担額に記載されている金額を被接種者より、徴収してください。
- 2 接種済証に、接種日及び実施医療機関名・医師名を記入のうえ本人にこの用紙をお返しください。

◎被接種者の方へ

- 1 本連絡票に記載の情報は、広域予防接種事業においてのみ利用します。
- 2 本連絡票は、半田市外へ転出した日以降は無効となります。転入先の市区町村で、予防接種の手続き等をご確認ください。
- 3 接種日時点で半田市に住民登録のない場合、接種費用が全額自己負担となりますので、ご注意ください。
- 4 本連絡票には接種済証がついています。接種した証明となりますので、大事に保管してください。

(問合わせ：半田市

電話番号

)

B類疾病 (高齢者肺炎球菌) 予防接種済証			
接種日	年	月	日
			回数
ワクチンの種類	実施医療機関名		
メーカー/ロット	医師名		

愛知県半田市長

印

様式第4-4（第8条関係）

B類疾病（新型コロナウイルス感染症）広域予防接種連絡票兼接種済証

住所	(〒 -)	電話番号	
フリガナ		生年月日	年 月 日 (満 歳)
被接種者氏名			
対象者区分			

発行日	年 月 日	希 望 市町村	希 望 医療機関
接種可能期間 (有効期限)			
自己負担額	_____円 ← 接種医療機関は左記の金額を被接種者より徴収してください。		
接種時に 必要な書類			
医療機関 確認事項			
取扱い事項			

【注意事項】

◎接種医療機関の方へ

- 1 自己負担額に記載されている金額を被接種者より、徴収してください。
- 2 接種済証に、接種日及び実施医療機関名・医師名を記入のうえ本人にこの用紙をお返しください。

◎被接種者の方へ

- 1 本連絡票に記載の情報は、広域予防接種事業においてのみ利用します。
- 2 本連絡票は、半田市外へ転出した日以降は無効となります。転入先の市区町村で、予防接種の手続き等をご確認ください。
- 3 接種日時点で半田市に住民登録のない場合、接種費用が全額自己負担となりますので、ご注意ください。
- 4 本連絡票には接種済証がついています。接種した証明となりますので、大事に保管してください。

(問合わせ：半田市

電話番号

)

B類疾病（新型コロナウイルス感染症）予防接種済証

接種日	年	月	日	回数
ワクチンの種類	実施医療機関名			
メーカー/ロット	医師名			

様式第4-5 (第8条関係)

B類疾病 (帯状疱疹) 広域予防接種連絡票兼接種済証

住所	(〒 -)	電話番号	
フリガナ		生年月日	年 月 日 (満 歳)
被接種者氏名			
対象者区分			

発行日	年 月 日	希 望 市町村	希 望 医療機関
接種可能期間 (有効期限)			
接種ワクチン	乾燥弱毒生水痘ワクチン「ビケン」・シングリックス (1回目) ・シングリックス (2回目)		
自己負担額	_____円 ← 接種医療機関は左記の金額を被接種者より徴収してください。		
接種時に 必要な書類			
医療機関 確認事項			
取扱い事項			

【注意事項】

◎接種医療機関の方へ

- 1 自己負担額に記載されている金額を被接種者より、徴収してください。
- 2 接種済証に、接種日及び実施医療機関名・医師名を記入のうえ本人にこの用紙をお返してください。

◎被接種者の方へ

- 1 本連絡票に記載の情報は、広域予防接種事業においてのみ利用します。
- 2 本連絡票は、半田市外へ転出した日以降は無効となります。転入先の市区町村で、予防接種の手続き等をご確認ください。
- 3 接種日時時点で半田市に住民登録のない場合、接種費用が全額自己負担となりますので、ご注意ください。
- 4 本連絡票には接種済証がついています。接種した証明となりますので、大事に保管してください。

(問合わせ：半田市

電話番号

)

B類疾病 (帯状疱疹) 予防接種済証			
接種日	年	月	日
			回数
ワクチンの種類	実施医療機関名		
メーカー/ロット	医師名		

様式第5（第8条関係）

半田市広域予防接種不承認決定通知書

年 月 日

様

半田市長

印

年 月 日付けで申請のありました広域予防接種については、下記のとおり承認しないことに決定しましたので、通知します。

記

承認しない理由：

半田市予防接種費助成対象者認定申請書

年 月 日

半田市長 殿

申請者 (〒 -)

住 所

フリガナ

氏 名

生年月日 年 月 日 (歳)

電話番号

被接種者との続柄 ()

予防接種費に係る助成を受けたいので、半田市定期予防接種実施要綱第12条第1項の規定に基づき、次のとおり申請します。

ついては、市担当者が被接種者の住民登録情報、予防接種履歴情報の確認調査を行うことに同意します。

また、インフルエンザ予防接種、高齢者肺炎球菌予防接種、新型コロナウイルス感染症及び帯状疱疹予防接種を接種費用免除区分（生活保護受給世帯又は市民税非課税世帯）にて申請する場合は、被接種者の免除条件についても併せて確認調査を行うことに同意します。

なお、行政手続における特定の個人を識別するための番号の利用等に関する法律（平成25年法律第27号）第21条第1項の規定による情報提供ネットワークシステムを使用し、地方税関係情報の確認調査を行う場合の同意については、別紙のとおりです。

フリガナ 被 接 種 者 氏 名	
被接種者生年月日	年 月 日 (歳 か月)
被 接 種 者 住 所	半田市
予防接種名・回数	
滞 在 地 住 所 (市外に滞在している場合のみ記入)	(〒 -)
申 請 理 由	1 特殊な疾患 2 入院・入所、里帰り出産 3 その他 ()
実施医療機関等名	
	電話番号 - -

接種費用免除区分（インフルエンザ・高齢者肺炎球菌予防接種・新型コロナウイルス感染症・帯状疱疹（生ワクチン）・帯状疱疹（組換えワクチン1回目）・帯状疱疹（組換えワクチン2回目））

市民税非課税世帯 生活保護受給世帯

職員確認印

同意書

同意者 (被接種者)	フリガナ	
	氏名	
	生年月日	
	住所	
	個人番号	
同意者	被接種者との続柄	
	フリガナ	
	氏名	
	生年月日	
	住所	<input type="checkbox"/> 被接種者に同じ
	個人番号	
同意者	被接種者との続柄	
	フリガナ	
	氏名	
	生年月日	
	住所	<input type="checkbox"/> 被接種者に同じ
	個人番号	
同意者	被接種者との続柄	
	フリガナ	
	氏名	
	生年月日	
	住所	<input type="checkbox"/> 被接種者に同じ
	個人番号	
同意者	被接種者との続柄	
	フリガナ	
	氏名	
	生年月日	
	住所	<input type="checkbox"/> 被接種者に同じ
	個人番号	

同意者	被接種者との続柄	
	フリガナ	
	氏名	
	生年月日	
	住所	<input type="checkbox"/> 被接種者に同じ
	個人番号	
同意者	被接種者との続柄	
	フリガナ	
	氏名	
	生年月日	
	住所	<input type="checkbox"/> 被接種者に同じ
	個人番号	
同意者	被接種者との続柄	
	フリガナ	
	氏名	
	生年月日	
	住所	<input type="checkbox"/> 被接種者に同じ
	個人番号	

記載要領

- 1 世帯構成員全員の同意が必要であること。世帯構成員が未成年者又は成年被後見人の場合は、その法定代理人が同意者となること。
- 2 同意者が自ら署名をすること。
- 3 代理人が同意書に署名する場合は、本人から委任状（任意様式）を徴取すること。
- 4 同意者が被接種者と同住所の場合は、住所の記入を省略できるものとする。
- 5 同意者の数が署名欄より多い場合は、欄外に記載できるものとする。

様式第7（第12条関係）

半田市予防接種費助成対象者認定可否決定通知書

年 月 日

様

半田市長

印

年 月 日付けで申請のありました半田市予防接種費助成対象者認定については、半田市定期予防接種実施要綱第12条第2項の規定により（認定・却下）することに決定したので通知します。

（却下の理由： ）

【認定した場合】

被接種者氏名		
被接種者生年月日	年 月 日（ 歳 か月）	
被接種者住所	半田市	
予防接種名・回数		
実施医療機関等名		
申請者	氏名	
	住所	
	電話	- -
有効期限	年 月 日までに接種を受けてください。 期限後の接種は、無効となります。	

- 1 同封の予防接種予診票と「予防接種実施依頼書（実施医療機関等宛て）」をお持ちになり予防接種を受けてください。
- 2 助成金の交付を申請するためには、同封の「助成金交付申請書」の提出が必要となりますので、接種後に予防接種予診票と領収書を添えて接種した日の属する月の翌月の末日までに半田市へ提出してください。

様式第8（第12条関係）

半田市予防接種実施依頼書

年 月 日

（医療機関）

様

半田市長

印

このことについて、次のとおり予防接種を実施くださるようお願いいたします。

なお、当該予防接種に起因する健康被害が生じた場合は、予防接種法第15条第1項の規定等に基づき、当市が責任をもって処理いたします。

被接種者氏名		
被接種者生年月日		年 月 日（ 歳 か月）
被接種者住所		半田市
予防接種名・回数		
※申請者	氏名	
	住所	
	電話	— —
有効期限	年 月 日までに接種を行ってください。 期限後の接種は、無効となります。	
1 接種完了後は予防接種予診票を保護者又は被接種者にお渡してください。 2 この依頼書は、予診票の写しとともに5年間保存してください。接種費用は、本人から徴収するとともに、接種に要した金額の分かる領収書を本人に交付してください。 3 接種費用は、後日申請により助成金として交付します。		

※被接種者が未成年の場合は、保護者が申請者となります。

様式第9（第13条関係）

半田市予防接種費助成金交付申請書兼請求書

年 月 日

半田市長 殿

申請者 (〒 -)
住 所

氏 名

電話番号

メールアドレス

年 月 日付けで助成対象者として認定通知のあった半田市予防接種費助成金について、半田市定期予防接種実施要綱第13条の規定に基づき、下記のとおり助成金の交付を申請し、請求します。

記

申 請 (請 求) 額 金 円

(振込先) 金融機関名	銀 行 信用金庫・組合 農 協 店
口座種別	普通 ・ 当 座
口座番号	
(フリガナ)	
口座名義人	

※被接種者が未成年の場合は、保護者が申請者となります。

【添付書類】

- 1 予防接種予診票
- 2 領収書（接種に要した金額の分かるもの）

様式第10（第14条関係）

半田市予防接種費助成金交付決定通知書

年 月 日

様

半田市長

印

年 月 日付けで交付申請のあった半田市予防接種費助成金については、下記のとおり交付することに決定しましたので通知します。

記

助成金の額 金 _____ 円

（減額した場合は、その理由： _____ ）