

○近江八幡市法定外予防接種実施要綱

平成22年3月21日

告示第215号

改正 平成27年12月28日告示第244号

(趣旨)

第1条 この要綱は、予防接種法（昭和23年法律第68号）に基づかない予防接種（以下「法定外予防接種」という。）を実施することで、個人的又は集団的な結核の感染の防止を図ることを目的とする。

(種類)

第2条 この要綱における法定外予防接種の種類は、BCGワクチンによる予防接種（以下「BCG接種」という。）とする。

(対象者)

第3条 法定外予防接種の対象者は、市内に住所を有する者のうち、満1歳未満の者であって、生後6月に至るまでの間に医学的にBCG接種が不相当であると判断され、当該接種を受けることができなかった者をいう。

(申請及び承諾)

第4条 法定外予防接種を希望する者は、法定外予防接種申請書（別記様式第1号）に必要事項を記入し、意見書（別記様式第2号）を添えて市長に申請しなければならない。

2 市長は、前項の規定による申請があった場合、当該接種が適当であると認めるときは、法定外予防接種承諾書（別記様式第3号。以下「承諾書」という。）を交付するものとする。

3 前項の規定により承諾書の交付を受けた者（以下「交付決定者」という。）は、法定外予防接種に係る本人負担額を接種医療機関へ支払うものとする。

4 交付決定者は、法定外予防接種終了後、承諾書とともに、法定外予防接種報告及び費用請求書（別記様式第4号）、当該接種に係る領収書及び母子健康手帳又は予防接種済証の写しを市長に提出するものとする。

(経費の公費負担)

第5条 市長は、前条の規定により関係書類の提出を受けたときは、その内容を審査の上、当該接種に係る費用の一部を公費負担するものとする。

2 前項の規定により公費負担する額の上限については、近江八幡市個別予防接種実施要綱（平成22年近江八幡市告示第214号）に基づくBCG接種の医療機関委託金額と同額とする。この場合において、当該医療機関が定める費用との差額については、本人負担とする。

（実施する場所）

第6条 法定外予防接種は、対象者の保護者が希望し、その実施に協力する旨を承諾した医療機関での接種を対象とする。

（承諾の取消し）

第7条 市長は、次の各号のいずれかに該当するときは、第4条の規定による承諾を取り消すものとする。

（1） 対象者が満1歳に至るまでの間にBCG接種を受けなかったとき。

（2） 虚偽の申請であることが判明したとき。

（実施方式）

第8条 法定外予防接種の実施は、市の要請に応じて、法定外予防接種の実施を受託した医師の属する医療機関で行う個別接種とする。

2 医師は、十分な予診を行った上で、BCG接種を実施しなければならない。

3 医師は、BCG接種を受けた者に対し、予防接種済証を交付又は母子健康手帳に証明すべき事項を記載するものとする。

（事故の補償）

第9条 法定外予防接種による健康被害の救済については、独立行政法人医薬品医療機器総合機構法（平成14年法律第192号）による医薬品副作用被害救済制度又は全国市長会予防接種事故賠償補償保険制度に基づくものとする。

（その他）

第10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。

付 則

（施行期日）

1 この要綱は、平成22年3月21日から施行する。

(経過措置)

2 この要綱の施行の日の前日までに、合併前の近江八幡市法定外予防接種実施要綱（平成22年近江八幡市告示第12号）の規定によりなされた手続その他の行為は、この告示の相当規定によりなされたものとみなす。

付 則（平成27年告示第244号）抄

(施行期日)

1 この告示は、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）附則第1条第4号に掲げる規定の施行の日（平成28年1月1日）から施行する。

別記様式第1号(第4条関係)

法定外予防接種申請書

近江八幡市長 あて

住 所 近江八幡市 町 番地
保護者氏名 (印)
個人番号

下記のとおり法定外予防接種を受けたいので承諾書の交付について申請します。なお、副作用による入院が必要な程度の健康被害が発生した場合、その補償は予防接種法に基づくものではなく、医薬品副作用被害救済制度の対象となることに同意します。

記

1 予防接種の種類 (年 月 日接種予定)
BCG

2 予防接種を受ける者

住 所 近江八幡市 町 番地

被接種者氏名

(年 月 日生まれ)

個人番号

保護者氏名

個人番号

別記様式第2号(第4条関係)

意見書

年 月 日

下記の者について、生後6か月に至るまでにBCG予防接種を受けることが医学的に不適当であったと認めます。

医療機関の所在地及び名称

電話番号

医師氏名

印

患者氏名	性別 男・女(保護者氏名)
患者住所 近江八幡市 町	番地 電話番号
生年月日 年 月 日	(歳 か月)

1) 医学的に不適当となった理由(いずれかにレ印を記載してください。)

- 重篤な急性疾患にかかっていることが明らかであった。
- 免疫機能に異常のある疾患を有している、免疫抑制をきたす治療を受けていた者又は近親者に先天性免疫不全症の者がいた。
- 感染症・アレルギーがあり、治療を受けていた。
- 心臓血管系疾患、腎臓疾患、肝臓疾患、血液疾患、低出生体重児又は発育障害等の基礎疾患を有していた。
- 過去に結核患者との長期接触があった、その他の結核感染の疑いがあった。
- その他、予防接種を行うことが不適当な状態にあった。
(具体的にご記入ください。)

2) 満1歳に至るまでのBCG接種が適切であると認めた理由

備考

別記様式第3号(第4条関係)

第 号
年 月 日

様

近江八幡市長



法定外予防接種承諾書

年 月 日付で申請がありました法定外予防接種については、下記のとおり承諾しましたので通知します。

1 予防接種の種類

2 予防接種を受ける者

住 所 近江八幡市 町 番地

被接種者氏名

(年 月 日生まれ)

保護者氏名

3 接種医療機関名

4 本承諾書の有効期限

年 月 日

別記様式第4号(第4条関係)

年 月 日

法定外予防接種報告及び費用請求書

近江八幡市長 あて

請求者

住所 近江八幡市 町

氏名 (印)

法定外予防接種を受けましたので、下記のとおり報告するとともに、接種に要した費用について請求します。

被接種者名	
生年月日	年 月 日
被接種者住所	近江八幡市 町
被接種者電話番号	
接種医療機関名	
接種日	年 月 日
接種自己負担額	円
公費負担額	※ 円

※印の欄は、記入しないでください。

領収書及び接種の証明となるもの(母子健康手帳の写し等)を添付してください。

上記の予防接種に対し、公費負担額が下記の口座に振り込まれるよう依頼します。

振込口座 (被接種者名)

金融機関名()銀行・信用金庫・農業協同組合 ()本店 支店
口座番号 普通・当座 (No.)
フリガナ
口座名義人

別記様式第1号（第4条関係）

（平27告示244・一部改正）

別記様式第2号（第4条関係）

別記様式第3号（第4条関係）

別記様式第4号（第4条関係）