



がん治療等により免疫を消失した方への 定期予防接種再接種費用助成のご案内



奥出雲町では、がん治療等により、治療前に接種した定期予防接種で得られた免疫が低下または消失し、再接種が必要と医師に判断された方を対象に、定期予防接種の再接種費用の助成を行います。

1) 対象者

1. 予防接種の再接種の日時点において奥出雲町内に住民票のある方
2. がん治療等により、治療前に接種した定期予防接種の免疫が低下または消失したため、再接種が必要と医師に認められた方
3. 再接種を受ける日において20歳未満の方（一部の予防接種には年齢制限があります。）

2) 対象となる予防接種

1. 医師に再接種が必要と認められて受ける定期予防接種の再接種であること
2. 結核及びロタウイルス感染症を除く、予防接種法第2条第2項で定められた疾病にかかる予防接種（※）であること

※予防接種法第2条第2項で定められた疾病にかかる予防接種

ヒブ・小児用肺炎球菌・B型肝炎・四種混合・三種混合・二種混合・不活化ポリオ
麻しん、風しん混合・麻しん・風しん・水痘・日本脳炎・子宮頸がん

○過去に受けたことのない予防接種については、助成の対象外です。

○申請により費用助成が決定する前に接種した予防接種は助成の対象外です。

○助成金の申請は、再接種日に属する年度の末日（3月31日）までに行う必要があります。

○一部の予防接種には年齢制限があります（四種混合：15歳未満、ヒブ：10歳未満、小児用肺炎球菌：6歳未満）

3) 助成金額

対象者が支払った費用の全額

4) 申請窓口/お問い合わせ先

奥出雲町役場 健康福祉課 健康づくり推進係 電話 0854-54-2781

5) 申請方法

手続き	必要書類
<p>① 事前申請</p> <ul style="list-style-type: none"> 再接種を受ける前に、奥出雲町健康福祉課へ【必要書類】を提出する <p>※再接種を受ける予定の医療機関へ事前に予防接種の金額を確認してください。</p> <div style="border: 1px solid orange; border-radius: 10px; padding: 5px; margin-top: 10px;"> <p>申請後、奥出雲町は申請内容を審査し、認定審査結果を申請者へお送りします。</p> </div>	<ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> 奥出雲町がん治療等に伴う定期予防接種 再接種費用助成対象認定申請書（様式第 1 号） <input type="checkbox"/> 奥出雲町がん治療等に伴う定期予防接種 再接種にかかる医師の意見書（様式第 2 号） <input type="checkbox"/> 母子健康手帳等の写し（がん治療等を行う前に定期予防接種を受けた履歴が確認できるものの写し）
<p>② 再接種を受ける</p> <ul style="list-style-type: none"> 認定通知書が届き、助成が認定された方は、医療機関で再接種を受けてください。 医療機関で再接種をしたときに、一度、医療機関で全額費用を支払ってください。 <p>※領収書や明細書は、③助成申請時に必要になりますので必ずもらってください。</p>	<ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> 母子健康手帳（接種の記録用）
<p>③ 助成申請</p> <ul style="list-style-type: none"> 奥出雲町健康福祉課へ【必要書類】を提出する。 <p>※助成金の申請は、再接種日に属する年度の末日（3月31日）までに行う必要があります。</p>	<ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> 奥出雲町がん治療等に伴う定期予防接種 再接種費用助成金交付請求書（様式第 5 号） <input type="checkbox"/> 予防接種実施医療機関の領収書の原本（助成対象者が接種した予防接種の種類が記載されているものに限る） <input type="checkbox"/> 母子健康手帳等の写し（予防接種の再接種歴のわかるもの。予防接種済証の写しでも可。） <input type="checkbox"/> 振込先金融機関の口座名義・口座番号のわかる部分の通帳の写し