

鎌ヶ谷市小児インフルエンザ任意予防接種費用助成事業実施要綱を次のように定める。

令和 8 年 10 月 2 日

鎌ヶ谷市長 芝 田 裕 美



鎌ヶ谷市告示第 127 号

鎌ヶ谷市小児インフルエンザ任意予防接種費用助成事業実施要綱

(目的)

第 1 条 この要綱は、小児等（1 歳未満の乳児、1 歳から就学前までの幼児及び小学 1 年生から高校 3 年生までの児童生徒をいう。以下同じ。）に係るインフルエンザの任意予防接種（以下「予防接種」という。）に要する費用の一部を助成することにより、保護者等の経済的負担を軽減し、並びにインフルエンザの発病及び重症化を予防し、もって市民の健康の保持増進を図ることを目的とする。

(交付対象者)

第 2 条 助成金の交付対象となる者（以下「対象者」という。）は、次条第 2 項に規定する予防接種の実施期間（以下「接種期間」という。）内において予防接種を受けた小児等であって、当該予防接種を受けた日において本市の住民基本台帳に記録されているものの保護者（学校教育法（昭和 22 年法律第 26 号）第 16 条に規定する保護者をいう。以下同じ。）とする。

(対象小児等及び接種期間)

第 3 条 助成の対象となる小児等は、平成 20 年 4 月 2 日から令和 8 年 7 月 31 日までの間に生まれた者とする。

2 接種期間は、令和 8 年 10 月 1 日から令和 9 年 1 月 31 日までとする。

(助成の対象経費)

第 4 条 助成の対象となる経費は、小児等が市長の指定する医療機関（以下「指定医療機関」という。）において受けるインフルエンザ HA ワクチン（皮下接種のもの）又は経鼻弱毒生インフルエンザワクチン（経鼻接種のもの）の予防接種に要した費用のうち、1 回目のものであるものとする。

2 前項の規定にかかわらず、医師の診察の結果、健康状態その他の事由により予防接種を行うことが不適当と認められた場合の予診に要した費用（以下「予診のみの費用」という。）は、助成の対象としない。

(助成金の額及び回数)

第5条 助成金の額は、第4条に規定する助成の対象経費の額とし、2,000円を上限とする。

- 2 助成金の交付の回数は、助成の対象となる小児等1人につき接種期間内において1回限りとする。

(助成の方法)

第6条 小児等が指定医療機関において予防接種を行った場合における当該予防接種に要した費用のうち前条第1項に規定する助成金の額を本市が負担するものとし、これを当該委託医療機関に支払うものとする。ただし、市が医師会との間で締結した予防接種の実施に係る委託契約において定める額があるときは、当該額を限度とする。

- 2 前項の規定にかかわらず、小児等が指定医療機関以外の医療機関において予防接種を受けたときその他市長がやむを得ない特別の理由があると認めるときは、償還払い（小児等の予防接種に要した費用の全額を医療機関に支払った後、市に対して当該予防接種に係る助成金の交付を申請する方法をいう。以下同じ。）によることができる。

(償還払いの手続)

第7条 前条第2項の規定により償還払いを受けようとする対象者（以下「申請者」という。）は、鎌ヶ谷市小児インフルエンザ任意予防接種費用助成金交付申請書兼請求書（別記第1号様式）に次に掲げる書類を添えて、市長に申請しなければならない。

- (1) 予防接種に要した費用の支払を証明する領収書の写し（予防接種の種類及び予診のみの費用でないことが確認できるものに限る。）
 - (2) 予防接種の実施を証する書類の写し
 - (3) 本人を確認することができる書類の写し
 - (4) その他市長が必要と認める書類
- 2 前項の規定による申請の期限は、令和9年2月28日までとする。
- 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、助成の可否及び助成金の額を決定し、鎌ヶ谷市小児インフルエンザ任意予防接種費用助成金交付決定（請求却下）通知書（別記第2号様式）により申請者に通知するものとする。

(助成金の返還)

第8条 市長は、偽りその他不正の手段により助成を受けた者があるときは、その者に対し、既に助成した額の全部又は一部の返還を命ずることができる。

(補則)

第9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

(施行期日等)

- 1 この告示は、公示の日から施行し、令和8年10月1日から適用する。
(失効)
- 2 この告示は、令和9年3月31日限り、その効力を失う。ただし、この告示の失効前に行った助成に係る第8条の規定は、この告示の失効後も、なおその効力を有する。

別 記

第1号様式（第7条関係）

申請日： 年 月 日

鎌ケ谷市小児インフルエンザ任意予防接種費用助成金交付申請書兼請求書
鎌ケ谷市長 殿

申請者（保護者）

氏 名： _____

被接種者との続柄： _____

住 所： _____

電話番号： _____

予防接種費用の助成を受けたいので、住民基本台帳等の公簿を閲覧することに同意の上、鎌ケ谷市小児インフルエンザ任意予防接種費用助成事業実施要綱第7条第1項の規定により、次のとおり関係書類を添えて申請及び請求します。

1 被接種者（お子さま）

フリガナ		生年月日	年 月 日
被接種者氏名			
住所（申請者の住所と異なる場合に記入） 鎌ケ谷市			

2 接種実績

ワクチンの種類	☐ 皮下接種（インフルエンザHAワクチン） ☐ 経鼻接種（経鼻弱毒生インフルエンザワクチン）
接種日	年 月 日
接種に要した費用	円
接種した医療機関	

※助成額は1回2,000円を上限とし、接種費用が2,000円未満の場合はその実費額となります。助成額は市が審査の上決定いたします。

3 振込先口座情報

銀行・信用組合・農協	支店出張所	預金種別	普通・当座
口座番号	フリガナ		
	口座名義人		

【添付書類】

- ☐ 接種費用にかかる領収書の写し（接種者氏名、インフルエンザワクチン代であること、接種に要した費用が確認できるもの）
- ☐ 母子健康手帳の写し（「予防接種の記録」欄）または予診票の写し
- ☐ 申請者（保護者）の本人確認書類の写し
- ☐ 振込先口座の通帳またはキャッシュカードの写し

鎌ケ谷市使用欄：交付決定（請求却下）の日 年 月 日

第2号様式（第7条関係）

第 号
年 月 日

様

鎌ヶ谷市長

鎌ヶ谷市小児インフルエンザ任意予防接種費用助成金交付決定（請求
却下）通知書

年 月 日付けで申請のありました鎌ヶ谷市小児インフルエンザ任意予防接種
費用助成金について、鎌ヶ谷市小児インフルエンザ任意予防接種費用助成事業実施
要綱第7条第3項の規定により、下記のとおり決定（却下）したので通知します。

記

1 決定

交付決定額 金 円

2 却下

理由