

# 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

## がん治療等に伴う定期予防接種再接種補助事業

邑南町では、抗がん剤治療による治療や骨髄移植等により、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、再度予防接種に係る費用を助成します。

### 1) 定期予防接種再接種の費用補助について

**対象者** 次の1～3すべてに該当する方

1. ワクチンの再接種の日時点において邑南町に住民票のある方
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が認められた方
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。)

#### 助成対象予防接種

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
2. 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ワクチン(※)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ワクチンであること

- ・ヒブ ・小児用肺炎球菌 ・B 型肝炎 ・五種混合 ・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、本事業の対象外です。

□一部のワクチンには年齢制限があります。接種スケジュールは医師と相談して進めてください。

□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本事業の対象外です。

□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。

#### 助成金額

対象者が支払った金額の 2 分の 1 の額

※申請時に必要な医師の意見書は、費用助成の対象外です。

### 2) 申請窓口・お問合せ先

#### 【申請窓口】

邑南町役場 保健課(瑞穂支所)、医療福祉政策課(本庁)、羽須美支所

#### 【お問合せ先】

邑南町役場 保健課 [電話]0855-83-1123 [IP]050-5207-5002

### 3)申請方法

手続き	必要書類等
<p>①事前申請</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・<u>再接種を受ける前に、申請窓口へ右の必要書類を提出する</u></li> <li>・<u>※定期予防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。</u></li> </ul> <div style="border: 1px solid black; border-radius: 15px; padding: 10px; margin-top: 10px;"> <p>申請後、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"> <li><input type="checkbox"/> 邑南町がん治療後等の予防接種再接種費用助成対象認定書(様式第1号)</li> <li><input type="checkbox"/> 邑南町がん治療後等の予防接種の再接種にかかる医師の意見書(様式第2号)</li> <li><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)</li> </ul>
<p>②再接種</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・認定された方は、医療機関で再接種を受けてください。</li> <li>・医療機関で再接種をした時に、<u>一度、医療機関で全額費用を支払ってください。</u></li> </ul> <p>※領収書や明細書は、後の請求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"> <li><input type="checkbox"/> 母子健康手帳(接種の記録を医療機関でしてもらいます)</li> </ul>
<p>③助成申請</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・申請窓口へ【必要書類】を提出する。</li> </ul> <p>※助成金の申請は、再接種日に属する年度の年度末(3月31日)までに行う必要があります。</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li><input type="checkbox"/> 邑南町がん治療後等の予防接種の再接種費用助成金交付請求書(様式第5号)</li> <li><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)</li> <li><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等))</li> <li><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</li> </ul>