



つくばみらい市告示第91号

つくばみらい市任意予防接種費用の助成に関する要綱の一部を改正する告示を次のように定める。

令和7年5月28日

つくばみらい市長 小田川



つくばみらい市任意予防接種費用の助成に関する要綱の一部を改正する告示

つくばみらい市任意予防接種費用の助成に関する要綱（平成26年つくばみらい市告示第189号）の一部を次のように改正する。

第2条に次の1号を加える。

（3） 麻しん緊急予防接種

第3条各号列記以外の部分及び第1号中「もの」を「者」に改め、同条に次の1号を加える。

（3） 麻しん緊急予防接種 麻しん患者と72時間以内の直接対面接触者又は同一空間の共有者であって、麻しんのまん延予防のために緊急を要する予防接種であると市長が認める者で、次のいずれにも該当しない者

ア 定期予防接種対象者

イ 麻しんの罹患歴が確認されている者

ウ 麻しん含有ワクチンを1歳以上で2回接種している記録のある者

第5条第1項に次の1号を加える。

（3） 麻しん緊急予防接種 受託医療機関が用意した予診票別表に次のように加える。

麻しん緊急予防接種	麻しん 7,400円まで 麻しん風しん（MR） 10,900円まで	1回かぎり
-----------	--------------------------------------	-------

様式第3号及び様式第6号を次のように改める。

附 則

この告示は、公布の日から施行し、改正後のつくばみらい市任意予防接種費用の助成に関する要綱の規定は、令和7年4月1日から適用する。

つくばみらい市任意予防接種費用償還払申請書兼請求書

年 月 日

つくばみらい市長 様

申請者 住 所
(保護者) 氏 名
続 柄
電話番号

印

つくばみらい市任意予防接種費用の助成に関する要綱第 6 条の規定に基づき、次のとおり任意予防接種費用の助成金の交付を申請します。なお、本申請に当たり、被接種者の住民基本台帳を確認すること、及び医療機関に問い合わせることについて同意します。予防接種費用の助成金については、下記口座への振込みを希望します。

フリガナ		生年 月 日	年 月 日
被接種者氏名			
住 所	つくばみらい市		

接種医療機関	名 称				
	住 所				
接種ワクチン	接種年月日	接種に要した費用 (A)	助成上限額 (B)	(A) と (B) のい ずれか少ない方の金額 (C)	
	年 月 日	円	円	円	
	年 月 日	円	円	円	
請求額 ((C) の合計額) ※生活保護世帯の方は(A)の合計額		円			

振込希望先

金融 機関名	銀行・信用金庫 信用組合・農協	支店	金融機関 支店コード	金融機関				支店		
口座種別	0 1 普通 ・ 0 2 当座		口座番号							
フリガナ										
口座名義人										

※ゆうちょ銀行を指定される場合は、振込口座番号を記入し、支店名は漢数字で記入してください。

《申請に必要なもの》

- ☐ 任意予防接種各接種額の支払いを証明できるもの (領収書原本等)
- ☐ 任意予防接種を受けたことを証明する書類 (母子健康手帳等)
- ☐ 生活保護世帯の方は証明できる書類

つくばみらい市任意予防接種実績報告書兼請求書

年 月 日

つくばみらい市長 様

所在地

医療機関名

医師名及び代表者名 印

年 月分を別添のとおり予診票を添付し報告するとともに、これにかかる委託料を請求します。

記

区分	人数	単価（円）	金額
	名	円	円
（全額免除者）	名	円	円
	名	円	円
（全額免除者）	名	円	円
	名	円	円
（全額免除者）	名	円	円
合計	名		円

振込口座

銀行		支店
普通 ・ 当座 （どちらかに○印を）		
口座番号		
フリガナ		
名義人氏名		

※翌月10日までに、予診票を添付しご請求ください※