

函館市帯状疱疹予防接種費助成事業実施要領

(趣旨)

第1条 市が実施する任意の帯状疱疹予防接種（以下「予防接種」という。）については、函館市帯状疱疹予防接種費助成事業実施要綱（以下「要綱」という。）に定めるところによるほか、この要領によるものとする。

(実施期間)

第2条 予防接種の実施期間は、毎年度5月1日から3月31日までとする。

(被接種者の費用負担)

第3条 要綱第8条第1項に規定する、1回あたりの一部負担金は、次の各号に定める額とする。

- (1) 乾燥弱毒生水痘ワクチン「ビケン」（以下「ビケン」という。）は5,060円とする。
- (2) 乾燥組換え帯状疱疹ワクチン「シングリックス筋注用」（以下「シングリックス」という。）は18,260円とする。

(一部負担金免除世帯)

第4条 要綱第8条第2項に規定する市民税非課税世帯は、4月から7月においては当該実施年度または前年度、8月以降は当該実施年度市民税非課税世帯とする。

なお、シングリックスの1回目接種時点に、市民税非課税世帯であった者が、2回目接種時点において、市民税課税世帯になった場合については、2回目も一部負担金を免除するものとする。

また、シングリックスの1回目接種時点に、市民税課税世帯であった者が、2回目接種時点において、市民税非課税世帯になった場合については、2回目のみ一部負担金を免除するものとする。

(一部負担金の免除)

第5条 要綱第8条第3項に規定する帯状疱疹予防接種費助成自己負担免除券（以下「免除券」という。）は(様式1)とする。

(免除券の申請)

第6条 免除券の交付を受けようとするときは、带状疱疹予防接種費助成自己負担免除券交付申請書(様式2-1)および世帯調書(様式2-2)により、市長に申請しなければならない。

(免除券の交付)

第7条 市長は、前条の申請があったときは、その内容を審査し、免除券の交付が適当と判断した場合は、対象者に免除券を交付するものとする。なお、対象外と判断した場合は、理由を付して審査結果(様式3)を申請者に通知するものとする。

附 則

この要領は、令和7年5月1日から施行する。

様式1(第5条関係)

交付番号		
带状疱疹予防接種費助成自己負担免除券		
住 所	函館市	
ふりがな		男・女
氏 名		
生年月日	年 月 日 (歳)	
上記の者について、带状疱疹予防接種において一部負担金の免除対象者であることを証します。 については、医療機関においては、一部負担金を徴収できませんのでご注意ください。 ◎本件の有効期限 年 月 日 年 月 日 函館市長 印		

帯状疱疹予防接種費助成自己負担免除券交付申請書

年 月 日

函 館 市 長 様

帯状疱疹予防接種費助成自己負担免除券の交付を受けたいので、次のとおり申請します。

接種希望者 (本人)	住 所	函館市 町 丁目 番 号(アパート名等)			
	ふりがな			性別	生年月日 (年齢)
	氏 名			男・女	大 昭 年 月 日 (歳)
				電 話	
添付書類	☐ 世帯員全員の非課税を証明する課税証明書の写し				
申請者 (本人・本人以外) ※本人の場合は 記入不要	住 所	函館市 町 丁目 番 号			
	氏 名				
	接種希望者との関係(続柄)				
	連絡先電話番号				

(注意) 申請には、接種希望者の本人確認資料が必要です。

委 任 状

年 月 日

委 任 者 住所 函館市 町 丁目 番 号
(接種希望者)
氏名

私は、次の者を代理人として、帯状疱疹予防接種費助成自己負担免除券の交付申請および受領の権限を委任します。

代 理 人 住所 町 丁目 番 号
(窓口に来る方)
氏名 委任者(接種希望者)との関係

※ 窓口に来る方ご自身の本人確認書類の提示が必要です。

担当課確認欄	年 月 日		
確 認 者		発行	☐ 可 ☐ 非

函館市長様

年 月 日

世帯調書

接種希望者 (本人)	接種希望者と続柄	本人	住所	函館市	町	丁目	番	号	
	ふりがな					生年月日			
	氏名					大・昭 平・令	年 月 日		
世帯員	接種希望者と続柄		住所	☐ 接種希望者と同じ 函館市	町	丁目	番	号	
	ふりがな					生年月日			
	氏名					大・昭 平・令	年 月 日		
世帯員	接種希望者と続柄		住所	☐ 接種希望者と同じ 函館市	町	丁目	番	号	
	ふりがな					生年月日			
	氏名					大・昭 平・令	年 月 日		
世帯員	接種希望者と続柄		住所	☐ 接種希望者と同じ 函館市	町	丁目	番	号	
	ふりがな					生年月日			
	氏名					大・昭 平・令	年 月 日		
世帯員	接種希望者と続柄		住所	☐ 接種希望者と同じ 函館市	町	丁目	番	号	
	ふりがな					生年月日			
	氏名					大・昭 平・令	年 月 日		
世帯員	接種希望者と続柄		住所	☐ 接種希望者と同じ 函館市	町	丁目	番	号	
	ふりがな					生年月日			
	氏名					大・昭 平・令	年 月 日		

(記載要領)

- 1 代理人(窓口に来る方)が代筆する場合は、代理人ご自身の本人確認資料が必要
- 2 接種希望者(本人)と同居している場合、住所の記入は省略してもよい。
- 3 世帯員の数が署名欄より多い場合は、欄外に記載しても差し支えない。

函 保 予
年 月 日

様

函館市長

带状疱疹予防接種費助成自己負担免除券申請の審査結果について

年 月 日付けで申請のありました带状疱疹予防接種費助成自己負担免除券の交付申請につきましては、次の理由により交付しないことと決定したので、通知します。

接種希望者氏名	
申請年月日	年 月 日
【理由】	
通知内容に関する お問い合わせ先	〒040-0001 函館市五稜郭町23-1 市立函館保健所 保健予防課 感染症・難病担当 TEL 0138-32-1540

この処分について不服があるときは、この処分があったことを知った日の翌日から起算して60日以内に函館市長に対して審査請求をすることができます。

また、この処分があったことを知った日の翌日から起算して6か月以内に、函館市を被告として(市長が被告の代表者となります。)、処分の取り消しの訴えを提起することができます(処分があったことを知った日の翌日から起算して6か月以内であっても、処分の日から1年を経過すると処分の取り消しの訴えを提起することができなくなります。)。ただし、処分があったことを知った日の翌日から起算して60日以内に審査請求をした場合には、処分の取り消しの訴えは、その審査請求に対する裁決があったことを知った日の翌日から起算して6か月以内に提起することができます。