

制 定 平成17年10月 1日
最近改正 令和7年10月 1日

大阪市公害健康被害被認定者インフルエンザ予防接種自己負担費用助成事業実施要綱

(目的)

第1条 この要綱は、公害健康被害の補償等に関する法律(昭和48年法律第111号。以下「法」という。)に基づく公害保健福祉事業の一環として、公害健康被害被認定者(以下「被認定者」という。)がインフルエンザに係る予防接種(以下「予防接種」という。)を受けた際に自己負担となる費用を助成し、もって被認定者の健康の保持を図ることを目的とする。

(定義)

第2条 この要綱において「被認定者」とは、法第4条第3項の規定に基づく市長の認定を受けた者をいう。

2 この要綱において「申請者」とは、この要綱による助成を受けることを目的として申請する被認定者をいう。

(対象者)

第3条 この要綱による助成を受けることができる者は、予防接種の実施にあたり自己負担費用が生じる被認定者とする。

(助成金額)

第4条 助成金の額は、当該年度の10月1日から翌年1月31日までの間(以下「実施期間」という。)において被認定者が予防接種を受けた際に自己負担費用として支払うべき額とする。

2 実施期間外に受けた予防接種にかかる自己負担費用は、この要綱による助成の対象としない。ただし、特別な事情により市長が別途実施期間を定めた場合は、この限りでない。

(助成回数)

第5条 この要綱による助成を受けることができる予防接種の回数は、1の実施期間につき1回(ただし、著しく免疫反応が抑制されているため2回の接種が必要と医師が認めた者については2回)を限度とする。

(申請)

第6条 この要綱により助成を受けようとする者は、大阪市行政オンラインシステム(以下、「システム」という)に必須項目を入力し、実施期間の終了日の10日後までに市長に申請しなければならない。ただし、償還払いを受けようとする者がシステムを使用して申請することができない場合には、別に定める「インフルエンザ予

防接種自己負担費用助成申請書兼口座振替申出書（以下「申請書」という。）（様式1号）により市長に申請することによって、システムによる申請に代えることができる。

- 2 前項の申請書には、領収書その他の当該予防接種にかかる自己負担費用の支出の事実を証明する書類及び被認定者であることを証明する書類の写しを添付しなければならない。
- 3 第1項の規定にかかわらず、本市と予防接種の契約を締結した医療機関（以下「実施医療機関」という。）において予防接種を受けようとする65歳以上の被認定者については、当該実施医療機関に大阪市公害健康被害被認定者インフルエンザ予防接種自己負担費用助成金代理受領依頼書（以下「代理受領依頼書」という。）を提出することにより助成を受けることができる。
- 4 前項の代理受領依頼書の提出に際しては、被認定者であることを証明する書類を提示しなければならない。

（支払方法）

第7条 市長は、前条第1項の規定に基づき提出された申請内容を審査し、適當と認められたときは、申請者あて助成金を支払うものとする。

- 2 市長は、実施医療機関から前条第3項の規定に基づく助成金の代理受領にかかる請求があった際には、請求内容を審査し、適當と認められたときは、当該実施医療機関あて当該助成金を支払うものとする。

（譲渡又は担保の禁止）

第8条 この要綱による助成を受ける権利は、譲渡し、又は担保に供してはならない。

（助成金の返還）

第9条 この要綱による助成を偽りその他不正な方法により受けた者があるときは、市長は、その者から当該助成金の全部又は一部に相当する金額を返還させるものとする。

附 則

この要綱は、平成17年10月1日から施行する。

この要綱は、平成18年10月1日から施行する。

この要綱は、平成23年10月3日から施行し、10月1日から適用する。

この要綱は、平成24年 3月30日から施行する。

この要綱は、平成25年 4月 1日から施行する。

この要綱は、平成29年12月 1日から施行する。

この要綱は、令和元年 5月 1日から施行する。

この要綱は、令和3年 4月 1日から施行する。

この要綱は、令和7年10月 1日から施行する。

インフルエンザ予防接種自己負担費用助成申請書兼口座振替申出書

令和 年 月 日

(提出先) 大阪市長

次の事項に同意のうえ、インフルエンザ予防接種自己負担費用の助成を申請します。

私(申請者)は、インフルエンザ予防接種自己負担費用の助成申請を行うにあたり、公害医療手帳の写し、領収書(レシート等)を添付していますが、内容確認のために医療機関(本人接種及び料金徴収済確認)に照会されること及び「大阪市公害健康被害被認定者インフルエンザ予防接種自己負担費用助成事業実施要綱」の内容を理解し遵守することに同意します。

○ 申請者

※太線枠内を記入してください

現住所	〒 一		
フリガナ			
氏名		電話番号	

公害医療手帳 記号番号	大阪 一		
公害健康被害被認定者 (接種者) フリ ガナ 氏 名※		性別	男・女
住 所※	〒 -		
公害健康被害被認定者 電話番号※		請求金額	金 円
接種医療機関 (住所・機関名)		左記の 電話番号	

※氏名・住所・電話番号が申請人と同じ場合には、「同上」でも結構です。

※接種費用の支払いについては、公害健康被害被認定者に対する補償給付費の届出口座に口座振替されます。

◎返信用封筒で送付する前に必ず次の添付書類があるか確認してください。

添付書類

- 公害医療手帳の写し(公害医療手帳の記号番号・有効期間・氏名・住所・認定疾病の頁)
- 領収書原本(インフルエンザ予防接種費用以外の医療費を含む場合は写しでも可)
(領収書は、接種者氏名及びインフルエンザ予防接種費用とわかるもの)
- 診療明細書(医療機関から発行されている場合のみ)

※添付書類が足りない場合は、支払いができませんので返送させていただきます。

本申請書に記載された内容については、インフルエンザ予防接種自己負担費用助成以外の目的には使用しません。

記入例

楷書ではっきりと記入してください

- ◎ 公害健康被害被認定者の方が、インフルエンザ予防接種費用を負担した場合の助成申請書です。
- ◎ 必要事項を記入し、大阪市保健所へ申請してください。
- ◎ 「領収書原本（接種者氏名及びインフルエンザ予防接種費用とわかるもの）」「公害医療手帳の写し」を必ず添付してください。添付がない場合は、支払ができません。

【様式1号】

インフルエンザ予防接種自己負担費用助成申請書兼口座振替申出書

申請される日付を記入してください。

令和 年 月 日

(提出先) 大阪市長

次の事項に同意のうえ、インフルエンザ予防接種自己負担費用の助成を申請します。

私(申請者)は、インフルエンザ予防接種自己負担費用の助成申請を行うにあたり、公害医療手帳の写し、領収書(レシート等)を添付していますが、内容確認のために医療機関(本人接種及び料金徴収済確認)に照会されること及び「大阪市公害健康被害被認定者インフルエンザ予防接種自己負担費用助成事業実行要綱」の内容を理解し遵守することに同意します。

公害健康被害被認定者本人からの申請としてください。

○ 申請者

現住所	〒530-8201 大阪市北区 中之島1丁目 ×××××号	お問い合わせする場合がございますので、必ず記入してください。
フリガナ	オオサカタロウ	
氏名	大阪太郎	電話番号 06(6208)××××

公害医療手帳 記号番号 大阪 ×× - 12345

公害医療手帳の記号番号を記入してください。

公害健康被害被認定者 (接種者)

フリガナ 氏名※	同上	性別 男・女
-------------	----	--------

住 所※

〒 -	同上	生年月日 大正 昭和・西暦 ××年×月×日	ワクチン接種費用(自己負担された額)を記入してください。
-----	----	--------------------------	------------------------------

公害健康被害被認定者 電話番号※

同上	請求金額 金 ○,○○○ 円
----	----------------

接種医療機関 (住所・機関名)

大阪市 中央区○○町×丁目×-×	左記の 06(××××)×××	ワクチン接種した医療機関の住所・医療機関名・電話番号を記入してください。
○○○病院	電話番号	

※氏名・住所・電話番号が申請人と同じ場合には、「同上」でも結構です。

※接種費用の支払いについては、公害健康被害被認定者に対する補償給付費の届出口座に口座振替されます。

添付書類のモレがないか、ご確認ください。

○返信用封筒で送付する前に必ず次の添付書類があるか確認してください。

添付書類

公害医療手帳の写し(公害医療手帳の記号番号・有効期間・氏名・住所・認定疾病の頁)

領収書原本(インフルエンザ予防接種費用以外の医療費を含む場合は写しでも可)
(領収書は、接種者氏名及びインフルエンザ予防接種費用とわかるもの)

診療明細書(医療機関から発行されている場合のみ)

※添付書類が足りない場合は、支払いができませんので返送させていただきます。

本申請書に記載された内容については、インフルエンザ予防接種自己負担費用助成以外の目的には使用しません。

申請書提出期限：令和 年 月 日 ()