

健健発 0507 第 1 号
令和元年 5 月 7 日

都道府県衛生主管部（局）長 殿

厚生労働省健康局健康課長
（ 公 印 省 略 ）

元号を改める政令の施行に伴う様式変更について

今般、元号を改める政令（平成 31 年政令第 134 号）が平成 31 年 4 月 1 日に公布され、同年 5 月 1 日から施行されることに伴い、「ポリオ生ワクチン 2 次感染対策事業の実施について」（平成 16 年 3 月 30 日付け健感発第 0330004 号厚生労働省健康局結核感染症課長通知）の別紙「ポリオ生ワクチン 2 次感染対策事業実施細則」に定める様式を別添のとおり改正することとしましたので、貴職におかれましては、貴管内市区町村（保健所を設置する市及び特別区を含む。）に対する周知を図っていただきますよう、御協力をお願いします。

なお、この通知による変更前のそれぞれの通知で定める様式については、当分の間、これを取り繕って使用することができることを申し添えます。

別紙1

医療費・医療手当申請書（ポリオ2次感染）

① ふりがな 氏 名		.....	男女	② 生年月日	年 月 日
③ 現 住 所			④ 世帯主 氏 名	.....	続柄
2次感染 の原因 となった 予防接種	⑤ 被接種 者氏名	.....	男女	⑥ 実 施 日 年 月 日	年 月 日
	⑦ 実施者			⑧ 実施場所	
	⑨ 居住地			⑩ 生年月日	年 月 日
⑪ 医療保健等の種 類	健保、国保、その他（ ）			⑫ 被保険者本人 (組合員本人) 被扶養者の別	本人 被扶養者
⑬ 医療を受けた医 療機関の名称及 び所在地	.....			
⑭ 医療を受けた日 数		月分	月分	月分	
	入院外 診療実日数	日	日	日	
	入院日数	日	日	日	
⑮ 看護移送等につ いてはその内容					
⑯ 患者負担額	ポリオ2次感染医療費				
	円				
	内 訳				
	特殊医療 費分	円	医療保険 等自己負 担額分	円	円
⑰ 医療手当請求額	円				
<p>上記のとおり、ワクチン株ポリオウイルスからの2次感染によるとされる疾病について医療費・医療手当の支給を受けたく、必要書類を添えて申請します。</p> <p>令和 年 月 日</p> <p>市 町 村 長 殿</p> <p style="text-align: right;">申 請 者 氏 名</p>					

(注意)

- 1 ①～③欄は、2次感染によるとされる疾病について医療を受けた者の氏名、性別、生年月日及び現住所を記入して下さい。
- 2 ④の欄は、1の医療を受けた者の属する世帯主の氏名及び続柄を記入して下さい。
- 3 ⑤～⑩の欄は、2次感染の原因とされる予防接種について、次のように記入して下さい。
 - (1) 「⑤被接種者氏名」は、①に記入した者の2次感染の原因とされる予防接種を受けた者の氏名及び性別を記入して下さい。
 - (2) 「⑥実施年月日」は、当該予防接種を受けた年月日を記入して下さい。
 - (3) 「⑦実施者」は、当該予防接種の実施に当たった市区町村長（原因となった接種を受けた当時の被接種者の居住地の市区町村長になります）等の名称を記入して下さい。市区町村長等以外で受けたときは（ ）の中にその医療機関の名称を記入して下さい。
 - (4) 「⑧実施場所」は、当該予防接種を受けた場所を具体的に記入して下さい。
 - (5) 「⑨居住地」は、当該予防接種を受けた当時の被接種者の居住地を記入して下さい。
 - (6) 「⑩生年月日」は、当該予防接種を受けた者の生年月日を記入して下さい。
- 4 ⑪及び⑫は①に記入した者又はその者を扶養する者の加入している医療保険等について、次により記入して下さい。
 - (1) ⑪の欄は、健康保険、国民健康保険、その他の該当するものを「○」でかこみ、その他に該当するときは、（ ）に種類を記入して下さい。
 - (2) ⑫の欄は、①に記入した者が被保険者又は組会員本人であるか、被扶養者であるかの別を「○」でかこんで下さい。
- 5 ⑬の欄は、請求に係る疾病について医療を受けた医療機関の名称及び所在地を記入して下さい。
- 6 ⑭の欄は、医療手当の調査依頼に係る医療を受けた日数を1か月ごとに入院実日数又は入院外診療日数別に記入して下さい。
- 7 ⑮の欄は、看護、移送を行った時は、その状況及び医療保険で当該給付を受けたか否かの別を記入して下さい。
- 8 ⑯のポリオ2次感染医療費の欄は、医療機関に支払った額を記入し、その内訳として特殊医療費分（医療保険の対象とならない医療費）及び医療保険等の自己負担相当額を記入して下さい。
- 9 ⑰の欄は、医療手当の請求額を記入して下さい。
- 10 医療手当のみの請求の場合は、⑪、⑫、⑮及び⑯の欄の記載は不要です。

別紙2-1

受診証明書(ポリオ2次感染)

① 氏名	ふりがな	男 女	② 生年月日	年 月 日
③ 現住所				
④ ワクチン株ポリオウイルスからの2次感染による疾病の名称				
⑤ 医療を受けた日数	入院外 診療実日数	月分 日	月分 日	月分 日
	入院日数	日	日	日
⑥ 患者負担額	ポリオ2次感染医療費			
	円			
	内 訳			
	特殊医療 費分	円	医療保険 等自己負 担額分	円
上記のとおり、ワクチン株ポリオウイルスからの2次感染による疾病について医療を行ったことを証明します。 令和 年 月 日 医療機関の名 所 在 地 開設者の氏名				

(A4)

(注意)

- 1 ポリオ2次感染者医療費該当証明書により認定疾病名を確認のうえ記入して下さい。
- 2 ①～③欄は、ワクチン株ポリオウイルスからの2次感染による疾病(認定疾病が原因となって併発した疾病を含む。以下同じ。)について医療を受けた者の氏名、性別、生年月日及び現住所を記入して下さい。
- 3 ④の欄は、ワクチン株ポリオウイルスからの2次感染による疾病名を記入して下さい。
- 4 ⑤の欄は、ワクチン株ポリオウイルスからの2次感染による疾病について医療を受けた日数を1か月ごとに入院実日数及び入院外診療実日数別に記入して下さい。
- 5 ⑥のポリオ2次感染医療費の欄は、医療機関に支払った額を記入し、その内訳として特殊医療費分(医療保険等の対象とならない医療費)及び医療保険等の自己負担相当額を記入して下さい。

別紙2-2

受診証明書 (ポリオ2次感染
認定申請用)

① 氏名	ふりがな	男女	② 生年月日	年 月 日
③ 現住所				
④ 疾病名				
⑤ 医療を受けた日数		月分	月分	月分
	入院外診療実日数	日	日	日
	入院日数	日	日	日
⑥ 患者負担額	医療費			
	円			
	内 訳			
	特殊医療費分	円	医療保険等自己負担額分	円
上記のとおり、医療を行ったことを証明します。 令和 年 月 日 医療機関の名 所在地 開設者の氏名				

(A4)

(注意)

- 1 この受診証明書は、厚生労働省の検討会へのポリオ2次感染調査依頼手続のためのものです。
- 2 ①～③欄は、医療を受けた者の氏名、性別、生年月日及び現住所を記入して下さい。
- 3 ④の欄は、疾病名を記入して下さい。
- 4 ⑤の欄は、疾病について医療を受けた日数を1か月ごとに入院実日数及び入院外診療実日数別に記入して下さい。
- 5 ⑥の医療費の欄は、医療機関に支払った額を記入し、その内訳として特殊医療費分（医療保険の対象とならない医療費）及び医療保険等の自己負担相当額を記入して下さい。

別紙3

障害児養育特別手当申請書（ポリオ2次感染）

① ふりがな 氏 名		.....	男女	② 生年月日	年 月 日
③ 現 住 所			④ 障害児との関係		
⑤ 障害児氏名		.....	男女	⑥ 生年月日	年 月 日
2次感染の 原因となつた 予防接種	⑦ 被接種者氏名	.....	男女	⑧ 実 施 日 年 月 日	年 月 日
	⑨ 実施者	⑩ 実施場所			
	⑪ 居住地	⑫ 生年月日			年 月 日
⑬ 当該疾病につき初めて診療を受けた年月日		年 月 日		⑭ 初めて診療を受けた医療機関の名称及び所在地	
⑮ 経過及び障害の現況					
⑯ 障害該当年月日		年 月 日			
⑰ 施設収容の有無及び施設名		有 期 間 年 月から 年 月まで 無 施設名			
<p>上記のとおり、ワクチン株ポリオウイルスからの2次感染によるとされる障害について、障害児養育特別手当の支給を受けたく、必要書類を添えて申請します。</p> <p>令和 年 月 日</p> <p>市 町 村 長 殿</p> <p style="text-align: right;">申 請 者 氏 名</p>					

(A4)

(注意)

- 1 ①～④の欄は、申請者（養育者）の氏名、性別、生年月日、現住所及び障害児との関係を記入して下さい。
- 2 ⑤及び⑥の欄は、ワクチン株ポリオウイルスからの2次感染により障害を負ったとされる児の氏名、性別及び生年月日を記入して下さい。
- 3 ⑦～⑫の欄は、2次感染の原因とされる予防接種について次のように記入して下さい。
 - (1) 「⑦被接種者氏名」は、障害児の2次感染の原因とされる予防接種を受けた者の氏名及び性別を記入して下さい。
 - (2) 「⑧実施年月日」は、当該予防接種を受けた年月日を記入して下さい。
 - (3) 「⑨実施者」は、当該予防接種の実施に当たった市区町村長（原因となった予防接種を受けた当時の被接種者の居住地の市区町村長になります）等の名称を記入して下さい。市区町村長等以外で受けたときは、（ ）の中にその医療機関の名称を記入して下さい。
 - (4) 「⑩実施場所」は、当該予防接種を受けた場所を具体的に記入して下さい。
 - (5) 「⑪居住地」は、当該予防接種を受けた当時の被接種者の居住地を記入して下さい。
 - (6) 「⑫生年月日」は、当該予防接種を受けた者の生年月日を記入して下さい。
- 4 ⑬及び⑭の欄は、障害の原因となった疾病につき、初めて医師の診療を受けた年月日並びにその医療機関の名称及び所在地を記入して下さい。
- 5 ⑮の欄は、障害の状態となるまでの経過及び障害の現況を具体的に記入して下さい。
- 6 ⑯の欄は、障害の状態となった年月日を記入して下さい。
- 7 ⑰の欄は、重症心身障害者施設等の施設に入所している場合には、「有」を、施設に入所していない場合には「無」を「○」でかこんで下さい。また、入所している場合には、その期間及び施設名を記入して下さい。

別紙4

特別手当変更申請書（ポリオ2次感染）

① ふりがな 氏名	-----	男女	② 生年月日	年 月 日
③ 現住所				
④ 現に支給を受けている特別手当	(等級) 級 (該当証明書番号)			
⑤ 他の等級への該 当年月日	年 月 日			
⑥ 障害の程度が増 進するに至った 経過及び障害の 現況				
<p>上記のとおり、特別手当の額を変更されたく、必要書類を添えて申請します。</p> <p>令和 年 月 日</p> <p style="text-align: right;">申請者氏名</p> <p>市 町 村 長 殿</p>				

(A4)

(注意)

- 1 ①～③の欄は、特別手当の対象者の氏名、性別、生年月日及び現住所を記入して下さい。
- 2 ④の欄は、現に支給を受けている特別手当について、障害等級及び特別手当該当証明書番号を記入して下さい。
- 3 ⑤の欄は、他の障害等級への該当年月日を記入して下さい。
- 4 ⑥の欄は、障害の程度が増進するに至った経過及び障害の現況を具体的に記入して下さい。

別紙5

障害者特別手当申請書（ポリオ2次感染）

① ふりがな 氏 名		.....	男女	② 生年月日	年 月 日
③ 現 住 所			④ 世 帯 主 名 氏 名		..... 続柄
2次感染 の 原 因 と な っ た 予 防 接 種	⑤ 被接種 者氏名	.....	男女	⑥ 実 施 日 年 月 日	年 月 日
	⑦ 実施者			⑧ 実施場所	
	⑨ 居住地			⑩ 生年月日	年 月 日
⑪ 当該疾病につき 初めて診療を受 けた年月日		年 月 日	⑫ 初めて診療を 受けた医療機 関の名称及び 所在地		
⑬ 経過及び障害の 現況					
⑭ 障害該当年月日					
年 月 日					
⑮ 施設収容の有無 及び施設名		有 期 間 年 月から 年 月まで 無 施設名			
<p>上記のとおり、ワクチン株ポリオウイルスからの2次感染によるとされる障害について、障害者特別手当の支給を受けたく、必要書類を添えて申請します。</p> <p>令和 年 月 日</p> <p>市 町 村 長 殿</p> <p style="text-align: right;">申 請 者 氏 名</p>					

(A4)

(注意)

- 1 ①～③の欄は、2次感染により障害を負ったとされる者の氏名、性別、生年月日及び現住所を記入して下さい。
- 2 ④の欄は、①に記入した者の属する世帯の世帯主の氏名及び続柄を記入して下さい。
- 3 ⑤～⑩の欄は、2次感染の原因とされる予防接種について次のように記入して下さい。
 - (1) 「⑤被接種者氏名」は、2次感染の原因とされる予防接種を受けた者の氏名を記入して下さい。
 - (2) 「⑥実施年月日」は、当該予防接種を受けた年月日を記入して下さい。
 - (3) 「⑦実施者」は、実施に当たった市区町村長（原因となった予防接種を受けた当時の被接種者の居住地の市区町村長になります）等の名称を記入して下さい。市区町村長等以外で受けたときは、()の中にその医療機関の名称を記入して下さい。
 - (4) 「⑧実施場所」は、当該予防接種を受けた場所を具体的に記入して下さい。
 - (5) 「⑨居住地」は、当該予防接種を受けた当時の居住地を記入して下さい。
 - (6) 「⑩生年月日」は、当該予防接種を受けた者の生年月日を記入して下さい。
- 4 ⑪及び⑫の欄は、障害の原因となった疾病につき、初めて医師の診療を受けた年月日並びにその医療機関の名称及び所在地を記入して下さい。
- 5 ⑬の欄は、障害の状態となるまでの経過及び障害の現況を具体的に記入して下さい。
- 6 ⑭の欄は、障害の状態となった年月日を記入して下さい。
- 7 ⑮の欄は、重症心身障害者施設等の施設に入所している場合には、「有」を、施設に入所していない場合には「無」を「○」でかこんで下さい。また、入所している場合には、その期間及び施設名を記入して下さい。

別紙6-1

死亡一時金申請書 (ポリオ2次感染)

① ふりがな 氏 名		男女	② 生年月日	年 月 日						
③ 現 住 所											
④ 死 亡 者 と の 身 分 関 係											
⑤ 死 亡 者 氏 名		男女	⑥ 生年月日	年 月 日						
2次感染 の原因 となった 予防接種	⑦被接種 者氏名			⑧実 施 日	年 月 日						
	⑨実施者			⑩実施場所							
	⑪ 居住地			⑫ 生年月日	年 月 日						
⑬ 当該疾病につき 初めて診療を受 けた年月日		年 月 日		⑭ 初めて診療を受 けた医療機関の 名称及び所在地							
⑮ 経 過											
⑯ 死 亡 年 月 日		年 月 日		⑰死亡の当時診療 を受けていた医 療機関の名称及 び所在地							
⑱ 施設収容の有無 及び施設名		有 期 間 年 月 から 年 月 まで 無 施設名									
⑲ 遺 族 の 状 況		氏 名	生年月日	⑤の死亡者と の身分関係	現 住 所						
									
									
									
⑳ 死亡者と請求者 との生計維持関 係		1 同居 2 同居していない		死亡者が請求 者の生活費を							
				<table border="0"> <tr> <td>1</td> <td>全額負担</td> </tr> <tr> <td>2</td> <td>一部負担</td> </tr> <tr> <td>3</td> <td>負担なし</td> </tr> </table>		1	全額負担	2	一部負担	3	負担なし
1	全額負担										
2	一部負担										
3	負担なし										
		その他参考となる事項:									
㉑特別手当受給の 有無		有 (年 月 から 年 月 まで) ・ 無									
<p>上記のとおり、ワクチン株ポリオウイルスからの2次感染によるとされる死亡について死亡一時金の支給を受けたく、必要書類を添えて申請します。</p> <p>令和 年 月 日</p> <p>市 町 村 長 殿 申 請 者 氏 名</p>											

(注意)

- 1 ①～③の欄は、申請者（遺族）の氏名、性別、生年月日及び現住所を記入して下さい。
- 2 ④の欄には、夫、妻などの①に記入した者と死亡者との具体的関係を記入して下さい。
- 3 ⑤及び⑥の欄は、ワクチン株ポリオウイルスからの2次感染が原因となり死亡したとされる者の氏名、性別及び生年月日を記入して下さい。
- 4 ⑦～⑪の欄は、2次感染の原因とされる予防接種について次のように記入して下さい。
 - (1) 「⑦被接種者氏名」は、2次感染の原因とされる予防接種を受けた者の氏名を記入して下さい。
 - (2) 「⑧実施年月日」は、当該予防接種を受けた年月日を記入して下さい。
 - (3) 「⑨実施者」は、実施に当たった市区町村長（原因となった予防接種を受けた当時の被接種者の居住地の市区町村長になります）等の名称を記入して下さい。市区町村長等以外で受けたときは、（ ）の中にその医療機関の名称を記入して下さい。
 - (4) 「⑩実施場所」は、当該予防接種を受けた場所を具体的に記入して下さい。
 - (5) 「⑪居住地」は、当該予防接種を受けた当時の居住地を記入して下さい。
 - (6) 「⑫生年月日」は、当該予防接種を受けた者の生年月日を記入して下さい。
- 5 ⑬及び⑭の欄は、死亡の原因となった疾病につき、初めて医師の診療を受けた年月日並びにその医療機関の名称及びその所在地を記入して下さい。
- 6 ⑮の欄は、死亡に至る経過を具体的に記入して下さい。
- 7 ⑯及び⑰の欄は、死亡の年月日並びに死亡の際受けていた医療機関の名称及び所在地を記入して下さい。
- 8 ⑱の欄は、重症心身障害者施設等の施設に入所している場合には、「有」を、施設に入所していない場合には「無」を「○」でかこんで下さい。また、入所している場合には、その期間及び施設名を記入して下さい。
- 9 ⑲の欄は、死亡者の遺族の状況を記入して下さい。
- 10 ⑳の欄は、死亡者と請求者との同居の有無について該当するものを「○」でかこみ、同居の場合には、さらに〔 〕内の該当するものを「○」でかこんで下さい。

また、その他参考となる事項があれば記入して下さい。
- 11 ㉑の欄は、死亡した者の特別手当の受給の有無について記入して下さい。

また、支給を受けていた場合は、その支給を受けていた期間を記入して下さい。
- 12 支給を受けるべき者が2人以上あるときは連名で請求するようにして下さい。

別紙7

葬祭料申請書 (ポリオ2次感染)

① ふりがな 氏 名		.....	男女	② 生年月日	年 月 日
③ 現 住 所			④ 死亡した者との関係		
⑤ 死亡者氏名		.....	男女	⑥ 生年月日	年 月 日
2次感染の 原因となつた 予防接種	⑦ 被接種者氏名	.....	⑧ 実 施 年 月 日		年 月 日
	⑨ 実施者			⑩ 実施場所	
	⑪ 居住地			⑫ 生年月日	年 月 日
⑬ 当該疾病につき初めて診療を受けた年月日		年 月 日	⑭ 初めて診療を受けた医療機関の名称及び所在地		
⑮ 経 過					
⑯ 死亡年月日		年 月 日	⑰ 死亡の当時診療を受けていた医療機関の名称及び所在地		
⑱ 申請者が葬祭を行う年月日又は行った年月日		年 月 日			
<p>上記のとおり、ワクチン株ポリオウイルスからの2次感染によるとされる死亡について、葬祭料の支給を受けたく、必要書類を添えて申請します。</p> <p>令和 年 月 日</p> <p>市 町 村 長 殿</p> <p style="text-align: right;">申 請 者 氏 名</p>					

(注意)

- 1 ①～③の欄は、葬祭を行う者の氏名、性別、生年月日及び現住所を記入して下さい。
- 2 ④の欄は、①に記入した者と死亡者との関係を記入して下さい。
- 3 ⑤及び⑥の欄は、ワクチン株ポリオウイルスからの2次感染が原因となり死亡したとされる者の氏名、性別及び生年月日を記入して下さい。
- 4 ⑦～⑩の欄は、2次感染の原因となった予防接種について次のように記入して下さい。
 - (1) 「⑦被接種者氏名」は、2次感染の原因とされる予防接種を受けた者の氏名を記入して下さい。
 - (2) 「⑧実施年月日」は、当該予防接種を受けた年月日を記入して下さい。
 - (3) 「⑨実施者」は、実施に当たった市区町村長（受けた当時の居住地の市区町村長となります）等の名称を記入して下さい。市区町村長等以外で受けたときは、（ ）の中にその医療機関の名称を記入して下さい。
 - (4) 「⑩実施場所」は、当該予防接種を受けた場所を具体的に記入して下さい。
 - (5) 「⑪居住地」は、当該予防接種を受けた当時の居住地を記入して下さい。
 - (6) 「⑫生年月日」は、当該予防接種を受けた者の生年月日を記入して下さい。
- 5 ⑬及び⑭の欄は、死亡した原因となった疾病につき、初めて医師の診療を受けた年月日並びにその医療機関の名称及びその所在地を記入して下さい。
- 6 ⑮の欄は、死亡に至る経過を具体的に記入して下さい。
- 7 ⑯及び⑰の欄は、死亡の年月日並びに死亡の際受けていた医療機関の名称及び所在地を記入して下さい。
- 8 ⑱の欄は、葬祭を行う年月日、又は行った年月日を記入して下さい。

別紙8—1

ポリオ2次感染者 医療費該当証明書		No. _____
住所		
氏名		
		年 月 日 生
		(男 女)
認定疾病名		
上記の者及び認定疾病名は、予防接種法によるポリオの予防接種からの 2次感染者として認定疾病に対する医療費の支給を受けるものであること を証明します。		
令和	年	月 日 都道府県 郡
		市町村長 印

別紙8—2

ポリオ2次感染者 障害児養育特別手当該当証明書		No. _____
養育者氏名	続柄	
住 所		
障害児氏名	年 月 日 生	
	(男 女)	
障害認定日	令和 年 月 日	
等 級	級	
年 金 額	円	支給開始年月 年 月
上記のとおり、予防接種法によるポリオの予防接種からの2次感染者と して、障害児養育特別手当の支給を受けるものであることを証明します。		
令和	年	月 日 都道府県 郡
		市町村長 印

別紙8—3

ポリオ2次感染者		障害者特別手当該当証明書		No. _____
氏名		年	月	日生
住所				(男 女)
障害認定日	令和	年	月	日
等級			級	
年金額		円	支給開始年月	年 月
年金額		円	改訂年月	年 月
上記のとおり、予防接種法によるポリオの予防接種からの2次感染者として、障害者特別手当の支給を受けるものであることを証明します。				
令和	年	月	日	都道府県
				郡
				市町村長
				印