

大口町告示第23号

大口町高齢者肺炎球菌ワクチン予防接種費用助成事業実施要綱の一部を改正する要綱を次のように定める。

平成24年3月26日

大口町長 森 進

大口町高齢者肺炎球菌ワクチン予防接種費用助成事業実施要綱の一部  
を改正する要綱

大口町高齢者肺炎球菌ワクチン予防接種費用助成事業実施要綱（平成23年大口町告示第49号）の一部を次のように改正する。

第7条を次のように改める。

（予防接種実施時間）

第7条 予防接種実施時間は、受託医療機関の指示する診療時間内とする。

様式第1及び様式第2を次のように改める。

様式第 1 (第 5 条関係)

大口町高齢者肺炎球菌ワクチン予防接種費用助成申請書

年 月 日

大口町長 様

申請者 住 所 \_\_\_\_\_  
 氏 名 \_\_\_\_\_ (印)  
 電話番号 \_\_\_\_\_  
 被接種者との続柄 \_\_\_\_\_

大口町高齢者肺炎球菌ワクチン予防接種費用助成事業実施要綱第 5 条の規定に基づき、下記のとおり申請します。

記

被接種者の氏名	生年月日	住所	対象者区分
<input type="checkbox"/> 申請者と同じ	年 月 日	<input type="checkbox"/> 申請者と同じ 大口町	<input type="checkbox"/> 75 歳以上の方 <input type="checkbox"/> 60～74 歳で障がい を有する方
	年 月 日	<input type="checkbox"/> 申請者と同じ 大口町	<input type="checkbox"/> 75 歳以上の方 <input type="checkbox"/> 60～74 歳で障がい を有する方

同 意 書

大口町高齢者肺炎球菌ワクチン予防接種費用助成事業実施要綱第 2 条に該当していることを確認するため、被接種者及びその世帯の課税状況並びに住民基本台帳等の調査、照会、閲覧について同意します。なお、助成券については他人への譲渡や重複使用などの不正な使用はいたしません。不正な使用をした場合は助成金を返金いたします。

申請者氏名 \_\_\_\_\_ (印)

担当者記入欄  
 (助成区分)

- ア. 町民税課税世帯
- イ. 町民税非課税世帯
- ウ. 生活保護世帯
- エ. その他

(本人確認)

- ア. 運転免許証
- イ. 健康保険証
- ウ. その他 ( )

(助成金額)

- ア. 4,000円
- イ. 8,000円

番 号 \_\_\_\_\_

様式第2（第6条関係）

大口町高齢者肺炎球菌ワクチン予防接種費用助成券兼代理受領委任状

（助成対象者） 住 所  
氏 名  
生年月日 年 月 日

助 成 金 額	円
---------	---

年 月 日 交付

大口町長

年 月 日

大口町長 様

（助成対象者）住所  
氏名

高齢者肺炎球菌ワクチン予防接種費用助成事業の助成金受領に係る権限を下記の医療機関に委任します。

記

使用ワクチンロット	接種量	実施医療機関・医師名・接種年月日
ワクチン名 メーカー名 Lot N . 有効期限	m l	実施医療機関  医師名  接種年月日 年 月 日

附 則

この要綱は、平成24年4月1日から施行する。