

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

(目的)

第1条 この要綱は、高齢者に対する肺炎球菌ワクチン予防接種（以下「予防接種」という。）に要する費用（以下「予防接種費用」という。）の全部又は一部を助成することにより、高齢者が予防接種を受けやすい体制を整備し、肺炎球菌に起因する肺炎の発病及び重症化を予防することを目的とする。

(予防接種費用助成対象者)

第2条 第3条第1号に規定する予防接種費用の一部助成の対象者は、住民基本台帳法（昭和42年法律第81号）の規定に基づき、本町の住民基本台帳に記録されている者で、かつ、申請年度の末日までに66歳以上に到達する者で、過去に一度も定期予防接種又は本要綱による助成を受けたことがない者とする。

2 第3条第2号に規定する予防接種費用の全額助成の対象者は、前項に規定する者で、かつ、次の各号のいずれかに該当するものとする。

- (1) 生活保護法（昭和25年法律第144号）の規定による被保護者
- (2) 地方税法（昭和25年法律第226号）の規定による町民税非課税世帯に属する者
- (3) 中国残留邦人等の円滑な帰国の促進並びに永住帰国した中国残留邦人及び特定配偶者の自立の支援に関する法律（平成6年法律第30号）の規定による支援給付（中国残留邦人等の円滑な帰国の促進及び永住帰国後の自立の支援に関する法律の一部を改正する法律（平成25年法律第106号）附則第2条第1項又は第2項の規定によりなお従前の例によることとされた支援給付を含む。）を受けている者
- (4) その他町長が必要と認める者

3 予防接種費用の助成を受けることができる者（以下「申請者」という。）は、前2項に掲げる助成対象者本人又はその者の属する世帯員とする。

(助成金の額)

第3条 助成金の額は、予防接種費用の全部又は一部とし、予算の範囲内において、

町長が別に定める額とする。

(助成の申込み)

第4条 申請者は、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（様式第1。以下「助成申請書」という。）を町長に提出しなければならない。

2 前項の申請は、予防接種の受診以前に行わなければならない。ただし、入院などの理由により、これにより難しい場合はこの限りでない。

(助成券の交付)

第5条 町長は、前条の規定による申請があったときは、助成申請書の内容を審査し、第2条に定める者と認める場合は、その者に対し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（様式第2。以下「助成券」という。）を交付するものとする。

2 前項に規定する助成券の交付を受けた者（以下「助成対象者」という。）が、予防接種を受けたときは、予防接種事業を受託した医療機関（以下「受託医療機関」という。）に助成券を提出するものとする。ただし、受託医療機関以外の医療機関で予防接種を受けたときは、助成券を使用することができない。

(予防接種実施時間)

第6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。

(費用負担)

第7条 助成対象者が予防接種を受けたときは、予防接種費用の額から助成券に記載されている額を差し引いた額を自己負担額として予防接種を受けた受託医療機関に対して支払うものとし、受託医療機関は、予防接種費用を助成対象者から徴収したときは、領収書を発行するものとする。

2 助成券の紛失等の理由により、助成券の提出ができない場合は、助成対象者は予防接種費用の全額を受託医療機関に支払うものとする。

3 受託医療機関以外の医療機関で予防接種を受けたときは、予防接種費用の全額を当該医療機関に支払うものとする。

(助成金の申請請求受領委任)

第8条 助成対象者は、受託医療機関で予防接種を受けた場合は、助成金の申請請

求受領を当該受託医療機関に委任するものとする。

(助成金の償還払い)

第9条 助成対象者が次の各号のいずれかに該当する場合は、申請者は町長に対して助成金の交付を請求することができる。

- (1) 受託医療機関において助成券を提出せずに予防接種を受けたとき。
- (2) 受託医療機関以外の医療機関で予防接種を受けたとき。
- (3) その他町長が認めるとき。

2 前項の規定により自ら助成金の交付を請求しようとする者は、大口町高齢者肺炎球菌ワクチン予防接種費用助成金請求書(様式第3)に助成券、予防接種を実施した医療機関が発行する領収書及び接種記録の記載されたものの写しを添付して町長に請求しなければならない。

3 前項の請求は、予防接種を受けた日の属する年度の末日までに行うことができるものとし、町長は、当該請求があったときは、その内容を審査し、適当と認めるときは、速やかに、当該請求をした申請者に助成金を交付するものとする。

(予防接種費用の請求等)

第10条 申請者から委任を受けた受託医療機関が町に請求できる予防接種費用は、第3条各号に規定する助成金の額とする。

2 受託医療機関は、前項の助成金を請求しようとするときは、実施月の翌月10日までに、高齢者肺炎球菌報告書兼請求書(様式第4)に助成券を添付し、町長に提出しなければならない。

(受託医療機関への支払い)

第11条 町長は、前条第2項の請求があったときは、その請求内容を審査し、適正と認めたときは、当該請求を行った受託医療機関に請求額を支払うものとする。

(助成金の返還)

第12条 町長は、申請者又は受託医療機関が偽りその他の不正の手段によって助成金の交付を受けたときは、既に交付した助成金の全部又は一部を返還させることができる。

(その他必要事項)

第13条 この要綱に定めるもののほか必要な事項は、町長が別に定める。

附 則（平成23年5月31日 大口町告示第49号）

この要綱は、告示の日から施行し、平成23年4月1日から適用する。

附 則（平成24年3月26日 大口町告示第23号）

この要綱は、平成24年4月1日から施行する。

附 則（平成24年6月26日 大口町告示第92号）

この要綱は、平成24年7月9日から施行する。

附 則（平成26年10月1日 大口町告示第87号）

1 この要綱は、平成26年10月1日から施行する。

2 この要綱による改正後の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条の規定にかかわらず、この要綱の施行の日から平成27年3月31日までの間は、平成26年3月31日において100歳以上の者及び同年4月1日から平成27年3月31日までの間に75歳、80歳、85歳、90歳、95歳又は100歳となる者並びに平成27年4月1日から平成31年3月31日までの間は、75歳、80歳、85歳、90歳、95歳又は100歳となる日の属する年度の初日から当該年度の末日までの間にある者は助成対象者としな

附 則（平成27年3月31日 大口町告示第25号）

この要綱は、平成27年4月1日から施行する。

附 則（平成29年3月31日 大口町告示第52号）

この要綱は、平成29年4月1日から施行する。

附 則（平成31年3月27日 大口町告示第48号）

この要綱は、平成31年4月1日から施行する。

附 則（令和3年3月30日 大口町告示第40号）

この要綱は、令和3年4月1日から施行する。

様式第1 (第4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 _____
 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4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
<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"/> 申請者と同じ	年 月 日	<input type="checkbox"/> 申請者と同じ 大口町

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 _____

担当者記入欄

(助成区分)	(本人確認)	(助成金額)
ア. 町民税課税世帯	ア. 運転免許証	ア. 円
イ. 町民税非課税世帯	イ. 健康保険証	イ. 円
ウ. 生活保護世帯	ウ. その他 ()	
エ. その他		

番 号	
-----	--

様式第2（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		実施医療機関
メーカー名		医師名
Lot No		
有効期限	m l	接種年月日 年 月 日

様式第3（第9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金請求書

年 月 日

大口町長 様

申請者 住 所 _____
 氏 名 _____
 電話番号 _____
 被接種者との続柄 _____

下記のとおり関係書類を添えて、高齢者肺炎球菌ワクチン予防接種費用の助成金を請求します。

被接種者の氏名		生年月日	明.大.昭 年 月 日
住 所			
医療機関名	所在地 名称		
ワクチン接種の種類	接種日	医療機関支払額	申請額
高齢者肺炎球菌ワクチン	年 月 日	円	円
被接種者の氏名		生年月日	明.大.昭 年 月 日
住 所			
医療機関名	所在地 名称		
ワクチン接種の種類	接種日	医療機関支払額	申請額
高齢者肺炎球菌ワクチン	年 月 日	円	円
		申請額合計	円
金 融 機 関 名		預金 種類	フリガナ 口座名義人
銀行	本店	普通	
信用金庫	支店	当座	
農業協同組合			

※必要添付書類：助成券、医療機関の発行した領収書、接種記録の記載されたものの写し

様式第4（第10条関係）

高齢者肺炎球菌報告書兼請求書（助成者用）

金額 _____ 円

助成券分	円	×	人	=	円
------	---	---	---	---	---

全額助成券分	円	×	人	=	円
--------	---	---	---	---	---

上記のとおり _____ 月分高齢者肺炎球菌予防接種に要した費用を請求します。

年 月 日

様

住 所

医療機関名

請求者名

口座振替依頼

請求金額を下記金融機関へお振り込みください。

（振込先）

金融機関名	預金種類	口座番号	フリガナ 口座名義
銀行 本店	普通		
信用金庫 支店			
農業協同組合	当座		