

大口町告示第36号

大口町帯状疱疹予防接種費用助成事業実施要綱を次のように定める。

令和5年3月28日

大口町長 鈴木雅博

大口町带状疱疹予防接種費用助成事業実施要綱

(目的)

第1条 この要綱は、带状疱疹予防接種（以下「予防接種」という。）の費用（以下「予防接種費用」という。）について、大口町带状疱疹予防接種費用助成金（以下「助成金」という。）を交付することにより、経済的負担の軽減と町民の健康の維持増進に寄与することを目的とする。

(助成対象者)

第2条 助成の対象となる者（以下「助成対象者」という。）は、令和5年4月1日以降に予防接種を受けようとする者又は受けた者で、かつ、予防接種日現在で、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50歳以上の者とする。

(予防接種を行う医療機関)

第3条 助成対象者の予防接種は、次に掲げる医療機関で行うものとする。

- (1) 医療法（昭和23年法律第205号）に規定する医療機関のうち、町長が助成対象者の予防接種協力依頼を行い、大口町带状疱疹予防接種費用助成事業実施承諾書（様式第1）を提出した医療機関（以下「受託医療機関」という。）
- (2) 前号以外の医療機関

(助成金の額及び助成回数等)

第4条 助成金の額及び助成回数等は、予算の範囲内において、別表のとおりとする。ただし、次の各号のいずれかに該当する者については全額助成とする。

- (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) その他町長が必要と認める者

(助成の申請)

第5条 助成対象者本人又はその者の属する世帯の世帯員（以下「申請者」という。）は、大口町带状疱疹予防接種費用助成申請書（様式第2）（以下「申請書」という。）を、予防接種日前に町長に提出しなければならない。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。

2 前項の申請は、助成を希望する予防接種の都度、行うものとする。

(助成の認定及び助成券の交付)

第6条 町長は、申請書を受理したときは、その内容を審査し、相当と認めたときは、申請者に大口町带状疱疹予防接種費用助成決定通知書(様式第3)により通知するとともに、大口町带状疱疹予防接種費用助成券兼代理受領委任状(様式第4)(以下「助成券」という。)を交付するものとする。

(費用負担)

第7条 助成対象者は、受託医療機関で予防接種を受けたときは、助成券を提出し、予防接種費用の額から助成券に記載された助成金額を差し引いた額を、受託医療機関に支払うものとする。なお、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、領収書を発行しなければならない。

2 助成対象者は、助成券の紛失等の理由により助成券の提出ができないとき又は第3条第2号に規定する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。

(助成金の請求及び受領委任)

第8条 助成対象者は、受託医療機関で予防接種を受けたときは、助成金の請求及び受領を当該受託医療機関に委任したものとみなす。

(予防接種費用の請求等)

第9条 助成対象者から委任を受けた受託医療機関が町に請求することができる予防接種費用は、第4条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、大口町带状疱疹予防接種報告書兼請求書(様式第5)(以下「報告書」という。)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10条 町長は、報告書を受理したときは、その内容を審査し、相当と認めたときは、受託医療機関に助成金を支払うものとする。

(助成金の償還払い)

第11条 助成対象者が第7条第2項により予防接種費用を負担した場合は、申請

者により町長に助成金の交付を請求することができる。

2 前項の規定により助成金の交付を請求しようとする者(以下「請求者」という。)は、予防接種を受けた日の属する年度の末日までに大口町带状疱疹予防接種費用助成金交付請求書(様式第6)(以下「請求書」という。)に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が記載されたものの写しを添付し、町長に提出しなければならない。

3 町長は、請求書を受領したときは、その内容を審査し、適当と認めたときは、大口町带状疱疹予防接種費用助成金交付決定通知書(様式第7)により請求者に通知し、助成金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。

(健康被害の救済に関する措置)

第13条 この要綱に基づく助成の対象となる予防接種に係る健康被害の救済については、独立行政法人医薬品医療機器総合機構法(平成14年法律第192号)の定めによるものとする。

(その他必要事項)

第14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

この要綱は、令和5年4月1日から施行する。

別表（第4条関係）

種 別	予防接種1回あたりの助成限度額	一人あたりの助成回数
乾燥組換え帯状疱疹ワクチン （不活化ワクチン）	10,000円	2回
乾燥弱毒生水痘ワクチン （生ワクチン）	4,000円	1回

備考 乾燥組換え帯状疱疹ワクチン（不活化ワクチン）又は乾燥弱毒生水痘ワクチン（生ワクチン）のいずれか一方の予防接種費用を助成する。

様式第1（第3条関係）

年 月 日

大口町帯状疱疹予防接種費用助成事業実施承諾書

大口町長 様

医療機関名

代表者名

連絡先

大口町が実施する 年度大口町帯状疱疹予防接種費用助成事業の実施に関する協力依頼に対して、大口町帯状疱疹予防接種費用助成事業実施要綱の規定のとおり、協力することを承諾します。

様式第2（第5条関係）

大口町带状疱疹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

大口町带状疱疹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	
<input type="checkbox"/> 申請者と同じ	年 月 日	<input type="checkbox"/> 申請者と同じ 大口町	
助成ワクチン		助成回数	助成金額
<input type="checkbox"/> 乾燥組換え带状疱疹ワクチン (不活化ワクチン)		<input type="checkbox"/> 1回目 <input type="checkbox"/> 2回目 ※1回目接種 年 月 日	<input type="checkbox"/> 10,000円 <input type="checkbox"/> 全額助成
<input type="checkbox"/> 乾燥弱毒生水痘ワクチン (生ワクチン)		<input type="checkbox"/> 1回	<input type="checkbox"/> 4,000円 <input type="checkbox"/> 全額助成
同意書			
被接種者が大口町带状疱疹予防接種費用助成事業実施要綱第2条及び第4条の該当者か否かを確認するため、町が保有する個人情報の調査、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. 生活保護世帯等 イ. その他	ア. 運転免許証 イ. 健康保険証 ウ. その他 ()	円

様式第3（第6条関係）

大口町帯状疱疹予防接種費用助成決定通知書

第 号
年 月 日

様

大口町長



申請のありました帯状疱疹予防接種費用助成については、下記のとおり決定しましたので通知します。

記

決定の内容

助成対象者		助成決定・却下の別	
		却下理由：	
助成金額	助成対象となる 予防接種の種別	助成対象となる 予防接種の回数	
		回目	

助成決定の場合は、あわせて大口町帯状疱疹予防接種費用助成券兼代理受領委任状を発行します。

番 号	
-----	--

様式第4（第6条関係）

大口町帯状疱疹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

助成ワクチン	<input type="checkbox"/> 乾燥組換え帯状疱疹ワクチン (不活化ワクチン)【 回目】 <input type="checkbox"/> 乾燥弱毒生水痘ワクチン (生ワクチン)
助成金額	円
有効期限	年 月 日

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

大口町帯状疱疹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5（第9条関係）

大口町帯状疱疹予防接種報告書兼請求書

金額 _____ 円

一部助成				
不活化ワクチン	円	×	人＝	円
生ワクチン	円	×	人＝	円

全額助成				
不活化ワクチン	円	×	人＝	円
生ワクチン	円	×	人＝	円

上記のとおり _____ 月分帯状疱疹予防接種助成金を請求します。

_____ 年 _____ 月 _____ 日

大口町長 _____ 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		

様式第6（第11条関係）

大口町带状疱疹予防接種費用助成金交付請求書

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、带状疱疹予防接種費用の助成金を請求します。

記

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
乾燥組換え带状疱疹ワクチン (不活化ワクチン)		1回目 年 月 日	円
		2回目 年 月 日	円
乾燥弱毒生水痘ワクチン (生ワクチン)		年 月 日	円
			申請額
			円

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

※必要添付書類：

- (1) 医療機関の発行した領収書又は、接種費用の支払いがわかる書類
- (2) 入金希望する通帳のコピー（銀行・支店名・口座名義・口座番号・通帳金種別がわかるように）

様式第7（第11条関係）

大口町帯状疱疹予防接種費用助成金交付決定通知書【償還】

第 号
年 月 日

様

大口町長



申請のありました帯状疱疹予防接種費用助成金の交付請求については、下記のとおり決定しましたので通知します。

記

決定の内容

助成対象者		助成決定・却下の別	
		却下理由：	
助成金額	助成対象となる 予防接種の種別	助成対象となる 予防接種の回数	
		回目	