

大口町告示第29号

大口町指定外予防接種費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。

令和6年3月28日

大口町長 鈴木雅博

大口町指定外予防接種費助成事業実施要綱の一部を改正する要綱

大口町指定外予防接種費助成事業実施要綱（平成20年大口町告示第29号）の一部を次のように改正する。

第4条第3項第2号中「インフルエンザ予防接種」を「インフルエンザ及び新型コロナウイルスワクチン予防接種」に改める。

「〒480-0126 愛知県丹羽郡大口町伝右一丁目35番地
様式第3中 大口町健康課（保健センター） を削る。
TEL 0587-94-0051 」

附 則

この要綱は、令和6年4月1日から施行する。

大口町指定外予防接種費助成事業実施要綱の一部改正新旧対照表

新	旧
<p>(助成金の決定等)</p> <p>第4条 略</p> <p>2・3 略</p> <p>(1) 略</p> <p>(2) <u>インフルエンザ及び新型コロナワクチン</u> <u>予防接種</u>については、町が定める日</p> <p>様式第3</p> <p>【別記】</p>	<p>(助成金の決定等)</p> <p>第4条 略</p> <p>2・3 略</p> <p>(1) 略</p> <p>(2) <u>インフルエンザ予防接種</u>については、町 が定める日</p> <p>様式第3</p> <p>【別記】</p>

(新)

様式第3 (第4条関係)

第 号
年 月 日

様

大口町長

印

予防接種実施依頼書

当町に住民票を有する下記の者から貴病院で予防接種を受けたい旨申し出がありましたので、実施していただくようお願いします。

なお、この予防接種により健康被害が生じた場合は、当町が予防接種法の規定に基づき救済のための措置を講じます。

記

予防接種名		
被接種者	住 所	
	氏 名	
	生年月日	年 月 日
依頼書有効期間	年 月 日 ~ 年 月 日	

※注意

接種費用は、被接種者本人又はその保護者の負担となります。

予診票は、被接種者本人又はその保護者が持参した当町の予診票をご使用ください。

接種終了後は、予診票を本人又はその保護者にお渡しください。

(旧)

様式第3 (第4条関係)

第 号
年 月 日

様

大口町長

印

予防接種実施依頼書

当町に住民票を有する下記の者から貴病院で予防接種を受けたい旨申し出がありましたので、実施していただくようお願いします。

なお、この予防接種により健康被害が生じた場合は、当町が予防接種法の規定に基づき救済のための措置を講じます。

記

予防接種名			
被接種者	住 所		
	氏 名		
	生年月日	年	月 日
依頼書有効期間	年	月 日	～ 年 月 日

※注意

接種費用は、被接種者本人又はその保護者の負担となります。

予診票は、被接種者本人又はその保護者が持参した当町の予診票をご使用ください。

接種終了後は、予診票を本人又はその保護者にお渡しく下さい。

〒480-0126 愛知県丹羽郡大口町伝右一丁目 35 番地

大口町健康課 (保健センター)

TEL 0587-94-0051