

大口町告示第76号

大口町区域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。

平成23年11月7日

大口町長 森 進

## 大口町区域外予防接種費助成事業実施要綱の一部を改正する要綱

大口町区域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1条中「予防接種法（昭和23年法律第68号。以下「法」という。）に定められた予防接種」を「大口町が実施する予防接種」に、「実施する場合」を「受ける場合」に改める。

第2条を次のように改める。

（対象となる予防接種）

第2条 この要綱の助成の対象となる予防接種は、別表に掲げるとおりとする。

第3条中「すべてに該当する者の保護者」を「全てに該当する者」に改め、同条に次のただし書を加える。

ただし、町長が特に必要と認める場合は、この限りでない。

第3条中第2号を削り、第3号を同条第2号とする。

第4条を次のように改める。

（申請）

第4条 申請者は、区域外で予防接種を受けようとする場合、大口町区域外予防接種費助成金交付申請書（様式第1。以下「申請書」という。）を町長に提出する。

第5条を次のように改める。

（依頼書の発行）

第5条 町長は、前条に規定する申請があった場合は、申請書の内容を審査し、必要と認めるときは、接種者に対する予防接種実施依頼書（様式第2。以下「依頼書」という。）を発行する。

2 依頼書の有効期限は、予診票発行年度の末日とする。ただし、次の各号に掲げる場合は、当該各号に定める日とする。

(1) 年度内に当該予防接種の対象年齢を超える日が到来する場合は、その前日

(2) インフルエンザ予防接種については、町が定める日

第6条第1項を次のように改める。

区域外の医療機関で予防接種を受けた者及びその保護者は、大口町区域外予防接種費助成金交付請求書（様式第3）に当該予防接種に要した費用に係る医療機関の領収証明書及び予診票を添えて、予防接種完了後1月以内に町長に請求するものとする。

第8条を9条とし、第7条の次に次の1条を加える。

（助成金の返還）

第8条 町長は、申請者が偽りその他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。

附則の次に次の別表を加える。

別表（第2条関係）

対象予防接種一覧

三種混合（百日せき・ジフテリア・破傷風）

二種混合（ジフテリア・破傷風）

MR（麻しん・風しん混合）

麻しん

風しん

日本脳炎

インフルエンザ

ヒブワクチン

子宮頸がん予防ワクチン

小児用肺炎球菌

高齢者肺炎球菌

BCG

ポリオ（急性灰白髄炎）

様式を次のように改める。

様式第1（第4条関係）

大口町区域外予防接種費助成金交付申請書

年 月 日

大口町長 様

（申請者）住 所 \_\_\_\_\_

氏 名 \_\_\_\_\_ ㊤

被接種者との続柄 \_\_\_\_\_

電話番号 \_\_\_\_\_

このことについて、大口町区域外予防接種費助成事業実施要綱第2条に定める予防接種を下記の医療機関で受けたいので申請します。

記

予防接種名		
被接種者	住 所	
	氏 名	
	生年月日	年 月 日
受診する 医療機関	所在地 名称 電話番号	
上記医療機関で接種を 希望する理由		

様式第2（第5条関係）

第 号  
年 月 日

様

大口町長



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。

〒480-0126 愛知県丹羽郡大口町伝右一丁目 35 番地

大口町健康生きがい課（保健センター）

TEL 0587-94-0051

様式第3 (第6条関係)

大口町区域外予防接種費助成金交付請求書

年 月 日

大口町長 様

(申請者) 住 所 \_\_\_\_\_

氏 名 \_\_\_\_\_ ㊟

被接種者との続柄 \_\_\_\_\_

電話番号 \_\_\_\_\_

下記のとおり関係書類を添えて、予防接種費用の助成金を請求します。

記

被接種者氏名		生年月日		年	月	日
住 所						
医 療 機 関 名	所在地					
	名称					
予防接種名		接種日	医療機関支払額	請求額		
		年 月 日	円	円		
金 融 機 関 名		種別	口座番号	口 座 名 義 人		
銀行	本店	普通		フリガナ		
信用金庫				支店	当座	
農業協同組合						

※必要添付書類：予診票、医療機関の発行した領収証明書

## 附 則

この要綱は、告示の日から施行し、平成23年11月1日から適用する。