

大口町告示第61号

大口町風しん抗体検査及びワクチン接種費用助成事業実施要綱を次のように定める。

平成26年5月30日

大口町長 鈴木雅博

大口町風しん抗体検査及びワクチン接種費用助成事業実施要綱

(目的)

第1条 この要綱は、妊娠初期の妊婦が風しんに感染した場合、胎児に先天性風しん症候群を発症するおそれがあることから、その予防を目的とした風しん抗体検査（以下「抗体検査」という。）に係る費用（以下「検査費用」という。）及び抗体検査の結果、医師が、抗体価が低く、抗体が十分でないと判断し接種したワクチンの予防接種（以下「予防接種」という。）に係る費用（以下「接種費用」という。）の一部を助成することで住民の経済的負担を軽減し、抗体検査及び予防接種の受けやすい環境を整えることを目的とする。

(検査費用及び接種費用助成対象者)

第2条 検査費用の助成対象とする者は、抗体検査時に住民基本台帳法（昭和42年法律第81号）の規定により大口町（以下「町」という。）の住民基本台帳に記載されている者で、かつ、次の各号のいずれかに該当するものとする。

- (1) 妊娠を予定又は希望する女性
- (2) 前号の配偶者又は事実上婚姻関係にある者
- (3) 妊娠している女性の配偶者又は事実上婚姻関係にある者
- (4) その他町長が必要と認める者

2 接種費用の助成対象とする者は、抗体検査の結果、H I 抗体価16倍以下又はE I A 価（デンカ生研株式会社製キット使用）が8.0未満又は国際単位（シーメンスヘルスケア・ダイアグノスティックス株式会社、極東製薬工業株式会社キット使用）が30IU/mL未満若しくは、国際単位（シスメックス・バイオメリュー株式会社、ベックマン・コールター株式会社製キット使用）が45IU/mL未満であり、抗体が十分でないと医師が判断しワクチンの予防接種を受けた者のうち、予防接種時に町の住民基本台帳に記載されているもので、かつ、前項の各号のいずれかに該当するものとする。

3 検査費用及び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、助成対象となる本人又はその者の属する世帯員とする。

(助成の対象とする抗体検査及び予防接種)

第3条 助成の対象となる抗体検査は、HI法又はEIA法によるもので、かつ、平成26年4月1日以降に検査されたものとする。

2 助成の対象となる予防接種は、次の各号のいずれかに該当するもののうち平成26年4月1日以降に接種されたものとする。

(1) 乾燥弱毒生麻しん風しん混合ワクチン予防接種

(2) 乾燥弱毒生風しんワクチン予防接種

(助成金の額)

第4条 検査費用及び接種費用に係る助成金の額は、それぞれ5,000円を限度とし、助成対象者が負担した費用の2分の1以内の額とする。ただし、1円未満の端数が生じた場合には、これを切り捨てた額とする。

(全額助成)

第5条 前条の規定にかかわらず、次の各号のいずれかに該当する者（以下「全額助成対象者」という。）の助成金の額は、費用の全額とする。

(1) 生活保護法（昭和25年法律第144号）の規定による被保護世帯に属する者

(2) 大口町税条例（昭和38年大口町条例第15号）の規定による町民税非課税世帯に属する者

(3) その他町長が必要と認める者

(助成の方法)

第6条 助成の方法は、償還払いとする。

2 前項の規定にかかわらず、町は全額助成対象者に対して第9条に規定する助成券を交付し助成を行うものとする。ただし、抗体検査及び予防接種を終えた後に前条に該当することがわかった者及び第10条の規定により費用負担した者については前項の規定により助成を行うものとする。

(助成の申請)

第7条 申請者は、大口町風しん抗体検査及びワクチン接種費用助成申請書兼請求書（様式第1。以下「申請書」という。）に次に掲げる書類を添えて町長に提出

しなければならない。ただし、申請書により申請者の同意を得た上で町が確認できる場合は、省略できるものとする。

(1) 抗体検査及び予防接種にかかる領収書（前条第3項本文の規定により助成券の交付を受ける者は除く。）

(2) 第2条第1項第2号及び第3号に該当する者であることを示す書類

(3) 第5条に該当する者であることを示す書類

(4) 抗体検査の結果を証明する書類

（審査結果の通知）

第8条 町長は、前条の規定による申請書を受領したときは、速やかにその内容を審査し、助成の決定をしたときは大口町風しん抗体検査及びワクチン接種費用助成決定通知書（様式第2）により、助成を認めないときは大口町風しん抗体検査及びワクチン接種費用助成却下決定通知書（様式第3）により、申請者に通知するものとする。

（助成券の交付）

第9条 町長は、助成を決定した申請者が全額助成対象者であると認める場合は、その者に対し大口町風しん抗体検査及びワクチン接種費用助成券（様式第4。以下「助成券」という。）を交付するものとする。この場合において、助成券を使用することができる医療機関は町の指定する医療機関（以下「実施医療機関」という。）とする。

2 全額助成対象者は、抗体検査及び予防接種を受けたときは、実施医療機関に助成券を提出するものとする。ただし、実施医療機関以外の医療機関で抗体検査及び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。

（費用負担）

第10条 全額助成対象者が助成券の紛失等の理由により、助成券を実施医療機関に提出ができない場合は、費用の全額を実施医療機関に支払うものとする。

2 全額助成対象者が実施医療機関以外の医療機関で抗体検査及び予防接種を受けたときは、費用の全額を当該医療機関に支払うものとする。

（助成金の請求受領委任）

第11条 全額助成対象者は、助成券を使用して実施医療機関で抗体検査及び予防接種を受けた場合は、助成金の請求受領を当該実施医療機関に委任するものとする。

(抗体検査及び予防接種費用の請求等)

第12条 実施医療機関は、実施月の翌月10日までに、風しん抗体検査及びワクチン接種費用助成請求書(様式第5)に助成券を添付し、町長に提出しなければならない。

(実施医療機関への支払い)

第13条 町長は、前条の請求があったときは、その請求内容を審査し、適正と認めるときは、当該請求を行った実施医療機関に請求額を支払うものとする。

(助成金の返還)

第14条 町長は、申請者又は実施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15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、告示の日から施行し、平成26年4月1日から適用する。

様式第1（第7条関係）

大口町風しん抗体検査及びワクチン接種費用助成申請書兼請求書

年 月 日

大口町長様

申請者 住所 _____
 氏名 _____ ㊟
 電話 _____
 助成対象者との続柄 _____

大口町風しん抗体検査及びワクチン接種費用助成事業実施要綱第7条により、関係書類を添えて申請します。

申請内容について、町が保有する個人情報等を照会、閲覧及び調査すること並びに医療機関等に問い合わせることに同意します。

記

費用額 _____ 円（内訳：抗体検査 _____ 円 予防接種 _____ 円）
 申請額 _____ 円（内訳：抗体検査 _____ 円 予防接種 _____ 円）

下記区分のうちいずれか該当するものに ○ をしてください。

抗体検査			予防接種		
補助区分	1 一部	2 全部	補助区分	1 一部	2 全部
対象区分	ア	妊娠を予定又は希望する女性	対象区分	ア	妊娠を予定又は希望する女性
	イ	アの配偶者等		イ	アの配偶者等
	ウ	妊娠している女性の配偶者等		ウ	妊娠している女性の配偶者等
	エ	その他（ ）		エ	その他（ ）

抗体検査及び予防接種をした（する）方

フリガナ 氏名	(年 月 日生)	
配偶者等氏名		
種別	抗体検査	予防接種
実施日	年 月 日	年 月 日
医療機関名		

振込先金融機関

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

* 一部助成の場合の申請額は、抗体検査及び予防接種費用額それぞれ5,000円を限度とし費用額の2分の1とする。

第 年 月 日
号

様

大口町長 印

大口町風しん抗体検査およびワクチン接種費用助成決定通知書

年 月 日付けで申請のありました風しん抗体検査及びワクチン接種費用の助成について、次の金額を助成することを決定したので通知します。

助成額 金 円
(内訳：抗体検査 円 予防接種 円)

第 年 月 日
号 日

様

大口町長

印

大口町風しん抗体検査及びワクチン接種費用却下決定通知書

年 月 日付けで申請のありました風しん抗体検査及びワクチン接種費用の助成について、却下とすることを決定したので通知します。

却下とした理由 のため

様式第4（第9条関係）

大口町風しん抗体検査及びワクチン接種費用助成券

1 風しん抗体検査及びワクチン（麻しん風しん混合ワクチン）接種希望者

住所

氏名

生年月日

（年齢）

2 助成種別

抗体検査

予防接種

3 実施医療機関名

※この助成券で、上記の者の風しん抗体検査又は風しんワクチン（麻しん風しん混合ワクチン）接種費用の全額を助成します。

（1）この助成券は、上記に記載された方以外は使用できません。

（2）この助成券は、再発行できません。

（3）この助成券は、上記医療機関以外では使用することができません。

年 月 日

大口町長



医療機関証明欄	接種年月日	医療機関名
	LotNo.	医師名 

