

大口町インフルエンザ予防接種費用助成金交付要綱

(目的)

第1条 この要綱は、中学3年生相当及び高校3年生相当の子を持つ保護者並びに妊婦に対してインフルエンザ予防接種（以下「予防接種」という。）の費用の一部を助成することにより、インフルエンザの発症と重症化予防及びまん延を防止するとともに、家庭の経済的負担の軽減を図り、もって町民の健康の維持増進及び子育て支援の推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、予防接種日現在で、大口町の住民基本台帳（住民基本台帳法（昭和42年法律第81号）に規定する住民基本台帳をいう。）に記録され、次の各号いずれかに該当する者とする。

- (1) 中学3年生相当の年齢の者又は高校3年生相当の年齢の者
- (2) 予防接種日現在において妊娠届を提出済みの妊婦

(助成対象となる期間)

第3条 助成対象となる期間は、インフルエンザワクチンの供給体制等を鑑み、町が状況により定める。

(助成金の額)

第4条 助成金の交付は当該年度に1人につき1回までとし、前条に掲げる期間において予防接種に要した費用に対し、次のとおり支給する。ただし、健康保険組合等から接種費用の補助を受ける場合は、当該補助される額を差し引いた額（その額が助成額に満たない場合は、その額）とする。

- (1) 助成対象者の属する世帯員全員が町民税非課税の場合 4,000円
- (2) 前号以外の場合 2,000円

(助成金の申請)

第5条 予防接種を受けた助成対象者（第2条第1号のものについては、その保護者）は、助成を受けようとする年度の町が指定した申請期間中にインフルエンザ予防接種費用助成申請書兼請求書（様式第1）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。

(1) 医療機関が発行した領収書

(2) 健康保険組合等から接種費用の補助を受けた場合は、その明細が分かる書類

(3) その他町長が必要と認める書類

(支給の決定及び支払)

第6条 町長は、前条に規定する申請があったときはその内容を審査し、適当と認めるときは、インフルエンザ予防接種費用助成金交付決定通知書（様式第2）により申請者に通知するものとする。

2 助成金は、申請年度の翌年度4月末までに支払うものとする。

(助成金の返還)

第7条 町長は、助成金の支給にあたり、偽りその他不正の行為が明らかになったときは、既に支給した助成金があるときは、その全部又は一部について返還を命ずるものとする。

(その他必要事項)

第8条 この要綱に定めるもののほか、必要な事項は町長が定める。

附 則（令和2年10月30日 大口町告示第114号）

この要綱は、告示の日から施行する。

附 則（令和3年3月30日 大口町告示第41号）

この要綱は、告示の日から施行する。

様式第1 (第5条関係)

大口町インフルエンザ予防接種費用助成申請書兼請求書

大口町長 様

申請日		年 月 日		
申請者 (保護者)	住所	〒		
	氏名			
	電話番号		続柄	

このことについて、下記のとおりインフルエンザ予防接種費用助成金の支給を受けたいので、町がこの申請に基づく助成金の支給に関する事務を処理するため、私と私の同一世帯員の課税状況について確認することについて同意の上、関係書類を添えて申請します。

記

助成対象 となる方 について	氏名	カナ			
		漢字			
	生年月日	年 月 日			
	住所				
	所属	学校名、会社名等			
助成金申請額		<input type="checkbox"/> 2,000円 <input type="checkbox"/> 4,000円 <input type="checkbox"/> その他 (円)			
添付書類		(1) 医療機関が発行した領収書又は接種の事実及び接種費用の支払が分かる書類 (2) 健康保険組合等から接種費用の補助を受けた場合はその明細が分かる書類 (3) 入金を希望する通帳のコピー (銀行・支店名、口座名義、口座番号、預貯金種別がわかるように) (4) その他町長が必要と認める書類			

金融機関	金融機関・店名	<input type="checkbox"/> 銀行 <input type="checkbox"/> 信組 <input type="checkbox"/> 信金 <input type="checkbox"/> 農協 <input type="checkbox"/> 労金 <input type="checkbox"/> 漁協						<input type="checkbox"/> 本店 <input type="checkbox"/> 支店 <input type="checkbox"/> 出張所				
	口座番号 (右詰め)	<input type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> 当座										
口座名義人		カタカナ										
		漢字	氏							名		

※口座名義人は申請者と同一名義に限ります。コードや口座番号は右詰めでご記入ください。

様式第2（第6条関係）

大口町インフルエンザ予防接種費用助成金交付決定通知書

第 年 月 日
号 日

様

大口町長



申請のありましたインフルエンザ予防接種費用助成金については、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

支給決定金額	交付決定・却下の別	却下理由