

聖籠町告示第七十一号

聖籠町予防接種料助成実施要綱の一部を改正する告示を次のように定める。

平成二十三年十月十八日

聖籠町長 渡邊 廣吉

示 聖籠町予防接種料助成実施要綱の一部を改正する告示

聖籠町予防接種料助成実施要綱（平成二十一年聖籠町告示第三十号）の一部を次のように改正する。

第四条に次の一号を加える。

五 小児肺炎球菌

第六条第一項の表に次のように加える。

小児肺炎球菌	接種日に於いて満五歳未満の乳幼児	四回
--------	------------------	----

第六条第二項の表のインフルエンザ菌b型の項中「三千元」を「全額助成」に改め、同表に次のように加える。

小児肺炎球菌	全額助成
--------	------

第七条中「幼児」を「乳幼児」に改め、同条に次の一項を加える。

2 前項の領収書は、発行から六月以内のものを助成対象とする。ただし、町長が特に必要と認めるときは、この期間を延長することができる。

別記様式第一号を次のように改める。

聖籠町予防接種料助成申請書

年 月 日

聖籠町長 様

申請者 住所 聖籠町  
氏名 印  
TEL

次のとおり予防接種費の助成を申請します。

予防接種を受けた者の氏名		生年月日	年 月 日
接種を受けた年月日	年 月 日	予防接種の種類 (該当するものを○で囲んでください)	インフルエンザ(1回・2回) おたふく風邪(流行性耳下腺炎) 水ぼうそう(水痘) ヒブ(Hib) (1回・2回・3回・4回) 小児肺炎球菌 (1回・2回・3回・4回)
接種を受けた医療機関	名称	母子手帳の記載	あり・なし
	住所		
振込指定機関	銀行名	口座番号	
	支店名	口座名義	

- 添付書類として母子手帳又は接種したことが確認できるもの、医療機関が発行した領収書を添付してください。
- 助成金の振込は、申請があった日の翌月末となります。

助成決定額 \_\_\_\_\_ 円

助成額	予防接種の種類	助成上限額	
助成額	インフルエンザ	1,500円	自己負担額が上限に達しない場合は全額助成
	おたふく風邪	2,000円	
	水ぼうそう	3,000円	
	ヒブ(hib)		全額助成
	小児		

附 則

この告示は、告示の日から施行し、改正後の聖籠町予防接種料実施要綱の規定は平成二十三年四月一日から適用する。