

聖籠町告示第六十八号

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。

平成二十四年十一月二十二日

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（平成二十四年聖籠町告示第十六号）の一部を次のように改正する。  
 第六条第一項の表ロタウイルスの項中「二十四週」を「三十二週」に改める。  
 別記様式第一号を次のように改める。

別記様式第1号(第7条関係)

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 氏名 印  
TEL

次のとおり予防接種料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)
接種を受けた医療機関	名称	インフルエンザ(1回目・2回目)
		おたふく風邪(流行性耳下腺炎)
		水ぼうそう(水痘)
		ヒブ(hib) (1回目・2回目・3回目・4回目)
接種を受けた医療機関	住所	小児肺炎球菌 (1回目・2回目・3回目・4回目)
		ロタウイルス(1回目・2回目)
		母子健康手帳の記載
振込指定機関	銀行名	口座番号
	支店名	口座名義

- 1 添付書類として母子健康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。
- 2 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	
	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
	小児肺炎球菌		
	ロタウイルス	7,000円	自己負担額が上限に達しない場合は全額助成

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二十四年九月一日から適用する。