

聖籠町告示第五十五号

聖籠町風しん予防接種費用助成事業実施要綱を次のように定める。

平成二十五年六月十九日

聖籠町長 渡邊 廣吉

聖籠町風しん予防接種費用助成事業実施要綱

(趣旨)

第一条 この告示は、風しんウイルスによる風しんを予防するとともに先天性風しん症候群を予防するため、風しんの予防接種（以下「予防接種」という。）に要する費用の一部を助成する聖籠町風しん予防接種費用助成事業（以下「事業」という。）の実施に関し必要な事項を定めるものとする。

(対象者)

第二条 事業の対象となる者は、聖籠町に住所を有し、次の各号のいずれかに該当する者とする。ただし、風しん罹患歴がある者、予防接種歴が二回以上の者及び妊娠している女性を除くものとする。

- 一 妊娠を予定又は希望している女性で、予防接種時において十九歳以上五十歳未満の者

- 二 妊婦の夫又は同居の親族

(助成対象ワクチン)

第三条 助成対象となるワクチンは、次の各号に定めるものとする。

- 一 麻しん風しん混合（MR）ワクチン
- 二 風しん単抗原ワクチン

(助成金の額)

第四条 助成金の額は、予防接種に係る費用に三分の二を乗じた額（百円未満の端数があるときは、これを切り捨

てた額)とし、一人につき一回を限度とする。

(助成の申請)

第五条 予防接種の助成を受けようとする者(以下「申請者」という。)は、聖籠町風しん予防接種費用助成事業申請書(別記様式第一号)に次に掲げる書類を添付して、町長に提出しなければならない。

- 一 医療機関が発行する領収書(原本)
- 二 接種証明書その他予防接種を受けたことが確認できるもの

2 前項第一号の領収書は、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。

(助成金の交付等)

第六条 町長は、前条第一項の規定による申請を受理したときは、その内容を審査し、適当と認めるときは、聖籠町風しん予防接種費用助成事業支給決定通知書(別記様式第二号)により申請者に通知するとともに、申請者が指定する金融機関へ口座振込により助成金を交付するものとする。

2 町長は、助成することが不相当と認めるときは、聖籠町風しん予防接種費用助成事業不承認決定通知書(別記様式第三号)により、申請者に通知するものとする。

(助成金の返還)

第七条 町長は、虚偽その他の不正な手段により助成を受けた者があるときは、その者から助成金額の全部又は一部を返還させることができる。

(その他)

第八条 この告示に定めるもののほか、事業の実施に関し必要な事項は別に定める。

附 則

この告示は、告示の日から施行し、平成二十五年四月一日から適用する。

聖籠町風しん予防接種費用助成事業申請書

年 月 日

聖籠町長 様

申請者 住 所 聖籠町大字

氏 名 印

生年月日 年 月 日

電話番号

次のとおり風しん予防接種費用の助成を申請します。

なお、聖籠町長が支給決定に関して助成の適正を図るため、個人情報及び予防接種歴を閲覧・調査すること及び医療機関に問い合わせることに同意します。

接種を受けた 年 月 日	年 月 日	対象者の区分	1 妊娠を予定又は希望する女性 2 妊婦の夫 3 妊婦の同居の親族 ※2, 3に該当の場合は以下も記入 妊婦氏名 _____ 生年月日 _____年 月 日
接種を受けた 医 療 機 関 名			
ワクチンの種類	1 麻しん風しん混合 (MR) ワクチン 2 風しん単抗原ワクチン		
振込指 定機関	金 融 機 関 名		口座番号等 1 普通 2 当座
	本 店 支 店 名	1 本店 2 _____支店	フリガナ 口座名義人

※申請者と口座名義人が異なる場合は、下記の委任状に記入・押印してください。

私は上記口座名義人に風しん予防接種費用助成金の受け取りを委任します。 年 月 日 氏名 _____ 印
---

- 1 添付書類として医療機関が発行した領収書、接種が確認できるものを添付してください。
- 2 助成金の額は、予防接種に係る費用に3分の2を乗じた額（100円未満の端数があるときは、これを切り捨てた額）となります。
- 3 助成金の振込は、申請があった日の翌月末となります。

助成申請額 \_\_\_\_\_ 円

町使用欄	<input type="checkbox"/> 風しん罹患歴の確認
	<input type="checkbox"/> 予防接種歴の確認
	<input type="checkbox"/> 妊婦ではないこと確認（女性のみ）

年 月 日

様

聖籠町長 渡 邊 廣 吉

聖籠町風しん予防接種費用助成事業支給決定通知書

年 月 日付で申請のあった 様の、風しん予防接種費用について、下記のとおり決定したので通知します。

記

- 1 支給決定額 円
- 2 支給方法  
年 月 日に指定された口座に振り込みます。

別記様式第3号(第6条関係)

年 月 日

様

聖籠町長 渡 邊 廣 吉

聖籠町風しん予防接種費用助成事業不承認決定通知書

年 月 日付けで申請のあった標記予防接種費用の助成について、下記の理由により不承認としたので通知します。

記

不承認理由