

聖籠町告示第68号

聖籠町肺炎球菌ワクチン予防接種費用助成事業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26年9月29日

聖籠町長 渡邊 廣吉

聖籠町肺炎球菌ワクチン予防接種費用助成事業実施要綱の一部を改正する告示

聖籠町肺炎球菌ワクチン予防接種費用助成事業実施要綱（平成22年告示第11号）の一部を次のように改正する。

第2条に次のただし書を加える。

ただし、予防接種法（昭和23年法律第68号）第5条で定める定期の予防接種の対象者を除く。

第3条を次のように改める。

（助成金の額）

第3条 助成は1人につき1回を限度とし、助成金の額は、予防接種に係る費用から、町長が新潟県医師会会長を代理人として医療機関と締結する委託契約における自己負担額を控除した額とする。ただし、3,000円を上限とする。

第4条に次の1項を加える。

2 前項の領収書は、発行から6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1号を次のように改める。

別記様式

聖籠町肺炎球菌ワクチン予防接種費用助成申請書

年 月 日

聖籠町長 様

申請者 住所  
氏名 印  
(自署又は記名押印)  
TEL

次のとおり予防接種費用の助成を申請します。

生 年 月 日	年 月 日( 歳)		
接 種 を 受 け た 年 月 日	年 月 日		
振込指 定機関	金 融 機 関 名	銀行・農協 信組・信金 ・労金	口座番号等 普通 当座
	支 店 名	本店・ _____ 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、下記に記入してください。

私は上記口座名義人に肺炎球菌ワクチン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 (自署又は記名押印)
--

- 1 添付書類として医療機関が発行した領収書及び接種証明書など接種したこと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から、 円を控除した額（上限額3,000円）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。

※助成法定額 \_\_\_\_\_ 円

※印の欄は記入しないでください。

附 則

(施行期日)

- 1 この告示は、平成26年10月1日から施行する。

(経過措置)

- 2 この告示の施行の日前に予防接種を受けた者については、この告示による改正前の聖籠町肺炎球菌ワクチン予防接種費用助成事業実施要綱第2条及び第3条の規定は、なおその効力を有する。