

阿賀野市告示第125号

阿賀野市中学生以下の子どもに対するインフルエンザ予防接種費用全額助成事業実施要綱を次のように定める。

令和4年7月27日

阿賀野市長 田 中 清 善

阿賀野市中学生以下の子どもに対するインフルエンザ予防接種費用全額助成事業実施要綱

(趣旨)

第1条 この告示は、中学生以下の子どもに対し、インフルエンザワクチン接種（以下「予防接種」という。）費用の全額を助成することにより、予防接種を受けることによる経済負担を軽減し、予防接種を受けやすい環境の整備を図るとともに、インフルエンザの発症及び重症化を予防しインフルエンザのまん延化を防ぐため、必要な事項を定めるものとする。

(助成対象者)

第2条 この告示による助成の対象者（以下「対象者」という。）は、予防接種の接種日（以下「接種日」という。）において阿賀野市に住所を有する者で、次の各号のすべてに該当するものとする。

(1) 接種日において中学生以下の者

(2) 接種日の属する年度（以下「接種年度」という。）の10月1日から3月31日までの間に予防接種を受けた者

(助成金の額)

第3条 助成金の額は、接種年度における対象者の予防接種費用の全額とする。

(助成の方法)

第4条 市長は、前条に規定する助成金の額を次の各号の区分に応じ、当該各号に定める方法により助成する。

(1) 市と予防接種に係る業務委託契約を締結した医療機関（以下「契約医療機関」という。）において接種を受ける場合 対象者の保護者が契約医療機関にインフルエンザワクチン予防接種券（中学生以下 1回目用）兼代理受領委任状（第1号様式）又はインフルエンザワクチン予防接種券（中学生以下 2回目用）兼代理受領委任状（第2号様式）を提出し、市長が接種費用の全額を契約医療機関に支払う方法

(2) 契約医療機関以外の医療機関で接種を受ける場合 対象者の保護者が医療機関に接種費用を支払い、市長が助成金の額を対象者の保護者に

支払う方法

(接種券の交付)

第5条 市長は、当該年度において対象者となりうる者に対し、インフルエンザワクチン予防接種券（中学生以下 1回目用）兼代理受領委任状（第1号様式）又はインフルエンザワクチン予防接種券（中学生以下 2回目用）兼代理受領委任状（第2号様式）をあらかじめ郵送するものとする。

(助成金の交付)

第6条 契約医療機関以外の医療機関で予防接種を受けた対象者の保護者でこの告示による助成を受けようとするもの（以下「申請者」という。）は、接種年度の3月31日までに、阿賀野市インフルエンザ予防接種全額助成申請書（第3号様式）に関係書類を添えて市長に提出しなければならない。

2 市長は、前項の規定による申請があったときは、その内容を審査のうえ助成の可否を決定するものとする。

3 市長は、前項の規定により助成の決定をしたときは、申請者の指定する口座に助成金を振り込むものとする。

(その他)

第7条 この告示に定めるもののほか必要な事項は、市長が別に定める。

附 則

この告示は、令和4年10月1日から施行する。

第 1 号様式（第 4 条、第 5 条関係）

阿賀野市用

（医療機関→阿賀野市）

インフルエンザワクチン予防接種券(中学生以下 1 回目用)兼代理受領委任状

◎太枠内を記入し、接種を受ける医療機関に提出してください。

有効期限 年 月 日

住 所	阿賀野市	
フリガナ		電 話 番 号
氏 名	()	—
生年月日	年 月 日(満 歳)	※接種日当日の年齢を記入

インフルエンザ接種費用助成の受領を下記の医療機関に委任します。

接種回数	1 回目
市への請求額	円
接種年月日	年 月 日

※この接種券兼代理受領委任状は、中学生以下の方の 1 回目接種に使用できます。

※医療機関へ提出する際は、母子健康手帳または健康保険証など、接種者が確認できる書類も併せて提示してください。

上記の接種を実施しました。 医療機関名

阿賀野市長 様 所 在 地

接種医師名

* この接種券が使用できない場合は一旦全額自己負担で徴収をお願いします。（被接種者に償還払いの手続きをしていただき、市より被接種者へお支払いします）償還払いの申請期限は 年 月 日までです。

第 2 号様式（第 4 条、第 5 条関係）

阿賀野市用

(医療機関→阿賀野市)

インフルエンザワクチン予防接種券(中学生以下 2 回目用)兼代理受領委任状

◎太枠内を記入し、接種を受ける医療機関に提出してください。

有効期限 年 月 日

住 所	阿賀野市		
フリガナ		電 話 番 号	
氏 名		() -	
生年月日	年 月 日(満 歳)	※接種日当日の年齢を記入	

インフルエンザ接種費用助成の受領を下記の医療機関に委任します。

接種回数	2回目
市への請求額	円
接種年月日	年 月 日

※この接種券兼代理受領委任状は、中学生以下の方の 2 回目接種に使用できます。

※医療機関へ提出する際は、母子健康手帳または健康保険証など、接種者が確認できる書類も併せて提示してください。

上記の接種を実施しました。 医療機関名

阿賀野市長様 所在地

接種医師名

* この接種券が使用できない場合は一旦全額自己負担で徴収をお願いします。(被接種者に償還払いの手続きをしていただき、市より被接種者へお支払いします) 償還払いの申請期限は 年 月 日までです。

第3号様式（第6条関係）

年 月 日

申請期限 年 月 日 阿賀野市インフルエンザ予防接種全額助成申請書

阿賀野市長 様

住 所 阿賀野市
申請者 氏 名
電話番号

インフルエンザ予防接種を接種しましたので下記により助成を申請いたします。
なお、助成要件確認のため、担当職員が、私を含む世帯員全員に係る住民基本台帳等の公簿の閲覧を行うことに同意いたします。

記

1 助成金額 1回目 _____ 円 2回目 _____ 円
合計 _____ 円

2 接種を受けた者 氏名 _____

3 振込口座

振 込 先	金融機関名	銀行・農協 信組・信金			支店 支所				
	預金種別		口座番号						
	(フリガナ) 口座名義人	()							

※申請添付書類 領収書（レシート不可）、母子健康手帳又は接種済証（接種の記録がわかるもの）

【保護者の方へ】医療機関において接種費用全額を支払った場合、申請により助成されます。上記申請書を記入し、添付書類をつけ阿賀野市 民生部 健康推進課（水原保健センター）にて申請を行ってください。各支所では受付できません。

問い合わせ先 阿賀野市役所民生部健康推進課[TEL62-2510]