

## 東浦町定期予防接種費補助金交付要綱

(趣旨)

第1条 この要綱は、感染のおそれがある疾病の発生及びまん延を予防するため、やむを得ない理由により町外にある医療機関等で定期の予防接種を受ける者に予算の範囲内において交付する東浦町定期予防接種費補助金（以下「補助金」という。）に関し東浦町補助金等交付規則（昭和52年東浦町規則第5号）に定めのあるもののほか、必要事項を定めるものとする。

(用語の定義)

第2条 この要綱において「定期の予防接種」とは、予防接種法（昭和23年法律第68号）第5条の規定により町長が実施主体となることが義務付けられている予防接種をいう。

2 この要綱において「児童」とは、予防接種法施行令（昭和23年政令第197号）第3条第1項に規定する予防接種（インフルエンザ、肺炎球菌感染症（高齢者がかかるものに限る。）及び新型コロナウイルス感染症の予防接種（以下「インフルエンザ等の予防接種」という。）を除く。）の対象者をいう。

3 この要綱において「保護者」とは、児童に対して親権を行う者、未成年後見人その他児童を現に監護する者をいう。

(児童の予防接種に係る認定要件)

第3条 町内に住所を有する児童が、町が予防接種業務を委託契約している指定医療機関等（以下「指定医療機関等」という。）で定期の予防接種（インフルエンザ等の予防接種を除く。）を受けることが困難なため、町外にある医療機関等で接種（日本国内において実施したものに限る。）を受ける場合において、補助金の交付申請をすることができる要件は、次の各号のいずれかに該当する場合とする。

(1) 町外にかかりつけ医がいる場合

(2) 町外にある医療機関又は施設等に入院又は入所している場合

(3) 母親の出産に伴い、県外に滞在している場合

(4) その他町長が必要と認める場合

2 前項の規定に関わらず、愛知県広域予防接種事業の対象となる場合は、対象としないものとする。

(インフルエンザ等の予防接種に係る認定要件)

第4条 町内に住所を有する者が、指定医療機関等で定期の予防接種のうちインフルエンザ、肺炎球菌感染症（高齢者がかかるものに限る。）又は新型コロナウイルス感染症の予防接種を受けることが困難なため、町外にある医療機関等で接種を受ける場合において、補助金の交付申請をすることができる要件は、インフルエンザ等の予防接種の対象者で、かつ、次の各号のいずれかに該当する場合とする。

(1) 町外にかかりつけ医がいる場合

(2) 町外にある医療機関又は施設等に入院又は入所している場合

(3) 自宅等で寝たきり等の介護状態にあり、町外の医療機関から往診を受けている

場合

(4) その他町長が必要と認める場合

(補助の対象とする予防接種)

第5条 この要綱により補助の対象とする予防接種は、前2条に規定する認定要件に該当する者が受けた定期の予防接種とする。

(補助金の額)

第6条 補助金の額は、別に定める額を限度として、接種に要した金額とする。

(認定申請)

第7条 第3条又は第4条に規定する認定要件に該当し、補助金の交付を受けようとする者は、接種前に様式第1又は様式第2による申請書を町長に提出しなければならない。

(認定申請に対する審査及び通知)

第8条 町長は、前条の規定による申請があったときは、その内容を審査し、適当と認めるときは、補助金の交付を申請する資格がある者(以下「補助対象者」という。)として認定し、様式第3又は様式第4による通知書により申請者に通知するものとする。

2 前項の審査の結果、適当と認めるときは、予防接種を実施する医療機関等に対し、様式第5による依頼書により依頼するものとする。

3 第1項の審査の結果、適当と認められないときは、様式第6による通知書により申請者に通知するものとする。

(補助金の交付申請)

第9条 前条第1項の規定により認定を受けた補助対象者は、予防接種の対象者が予防接種を受けた後、様式第7による請求書に予防接種予診票及び接種に要した金額の分かる領収書を添えて町長に提出しなければならない。

2 前項の書類は、予防接種を受けた日の属する補助対象年度の翌年度の3月末日までに町長に提出しなければならない。

3 前条第1項の規定による補助対象者として認定を受けた日が前年度であっても、この要綱による補助を受けることができるものとする。

(補助金の交付決定及び支払)

第10条 町長は、前条第1項の規定による申請を受けたときは、その内容を審査し、適当と認められるときは、補助金の額を決定し、様式第8による通知書により申請者に通知し、交付すべき補助金の額を支払うものとする。

2 前項の審査の結果、適当と認められないときは、様式第9による通知書により申請者に通知するものとする。

(交付決定の取消し及び補助金の返還)

第11条 町長は、補助金の交付決定を受けた者が次の各号のいずれかに該当する場合は、補助金の交付決定の全部若しくは一部を取り消し、又は交付した補助金の全部若しくは一部を返還させることができる。

- (1) 法令及びこの要綱に違反したとき。
- (2) 提出書類に虚偽の記載等による不正な行為があったとき。

(委任)

第12条 この要綱に定めるもののほか、予防接種に係る費用の補助に関し必要な事項は、町長が定める。

附 則

この要綱は、平成27年6月1日から施行する。

附 則

この要綱は、平成28年4月1日から施行する。

附 則

この要綱は、平成31年5月1日から施行する。

附 則

この要綱は、令和3年4月1日から施行する。

附 則

この要綱は、令和6年9月30日から施行し、同年4月1日から適用する。

様式第 1 （第 7 条関係）

東浦町予防接種費補助金対象者認定申請書

年 月 日

東 浦 町 長

住 所  
※申 請 者 氏 名  
電話番号

次の予防接種費用の補助を受けたいので、東浦町定期予防接種費補助金交付要綱第 7 条の規定に基づき、次のとおり申請します。

|                                               |              |
|-----------------------------------------------|--------------|
| ふ り が な<br>被 接 種 者 氏 名                        |              |
| 被接種者生年月日                                      | 年 月 日（ 歳 か月） |
| 被 接 種 者 住 所                                   | 東浦町大字 字      |
| 予 防 接 種 名                                     |              |
| 滞 在 地 住 所<br><small>現在町外に滞在している場合のみ記入</small> |              |
| 申 請 理 由                                       |              |
| 実施医療機関等名                                      |              |
|                                               | 電話番号 — —     |

※ 児童の予防接種においては、保護者の方が申請者となります。

様式第 2（第 7 条関係）

東浦町予防接種費補助金対象者認定申請書

年 月 日

東 浦 町 長

※申請者 施設等所在地  
施設等名  
職・氏 名

別紙接種希望者のインフルエンザ・肺炎球菌・新型コロナウイルス感染症予防接種費用の補助を受けたいので、東浦町定期予防接種費補助金交付要綱の規定に基づき、次のとおり申請します。

|           |          |
|-----------|----------|
| 滞 在 地 住 所 |          |
| 申 請 理 由   |          |
| 実施医療機関等名  |          |
|           | 電話番号 — — |

※ 申請者は、別紙接種希望者から、別添委任状により東浦町定期予防接種費補助の対象者認定申請、交付申請及び補助金受領に関する権限を受任しております。

## インフルエンザ予防接種希望者

[illegible]

[illegible][illegible]

[illegible][illegible]



# 委 任 状

施設等所在地

施 設 等 名

職 ・ 氏 名

上記の者を代理人と定め、東浦町定期予防接種費補助の対象者認定申請、交付申請及び補助金受領に関する権限を委任します。

年 月 日

東 浦 町 長

氏 名

第 号  
年 月 日

様

東浦町長

東浦町定期予防接種費補助対象者認定通知書

年 月 日付けで申請のありました東浦町定期予防接種費補助対象者認定については、東浦町定期予防接種費補助金交付要綱の規定により、本通知に記載のある内容で予防接種を受けた場合に、補助金の交付を申請する資格があることを認定したので通知します。

|                        |      |                                    |
|------------------------|------|------------------------------------|
| ふ り が な<br>被 接 種 者 氏 名 |      |                                    |
| 被接種者生年月日               |      | 年 月 日（ 歳 か月）                       |
| 被 接 種 者 住 所            |      | 東浦町大字 字                            |
| 予 防 接 種 名              |      |                                    |
| 実施医療機関等名               |      |                                    |
| 申 請 者                  | 氏 名  |                                    |
|                        | 住 所  |                                    |
|                        | 電話番号 | — —                                |
| 有 効 期 限                |      | 年 月 日までに接種を受けてください。期限後の接種は無効となります。 |

- ① 同封の予防接種予診票と「予防接種実施依頼書」（実施医療機関等あて）を持参して、予防接種を受けてください。
- ② 補助金の交付を申請するためには、接種後に補助金交付申請書の提出が必要となります。同封の「補助金交付申請書」に予防接種予診票と接種に要した金額のわかる領収書を添えて接種した日の翌月末までに 課へ提出してください。

問い合わせ  
電 話

様式第 4 （第 8 条関係）

第 号  
年 月 日

様

東浦町長

東浦町定期予防接種費補助対象者認定通知書

年 月 日付けで申請のありました別紙接種希望者の予防接種に係る東浦町定期予防接種費補助対象者認定については、東浦町定期予防接種費補助金交付要綱の規定により、本通知に記載のある内容で予防接種を受けた場合に、補助金の交付を申請する資格があることを認定したので通知します。

|             |                                    |
|-------------|------------------------------------|
| 被 接 種 者 氏 名 | 別紙名簿のとおり                           |
| 被接種者生年月日    |                                    |
| 被 接 種 者 住 所 |                                    |
| 予防接種実施施設名   |                                    |
| 有 効 期 限     | 年 月 日までに接種を受けてください。期限後の接種は無効となります。 |

- ① 同封の予防接種予診票と「予防接種実施依頼書」（実施医療機関等あて）を持参して、予防接種を受けてください。
- ② 補助金の交付を申請するためには、接種後に補助金交付申請書の提出が必要となります。同封の「補助金交付申請書」に予防接種予診票と接種に要した金額のわかる領収書を添えて接種した日の翌月末までに 課へ提出してください。

問い合わせ  
電 話

## インフルエンザ予防接種希望者

[illegible]

[illegible][illegible]

[illegible][illegible]

第 号  
年 月 日

様

東浦町長

予 防 接 種 実 施 依 頼 書

このことについて、次のとおり予防接種を実施してくださるようお願いします。

なお、当該接種に起因する健康被害が生じた場合は、予防接種法第 1 5 条第 1 項の規定に基づき、当町が処理いたします。

|                                                                                                                                    |      |                                    |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------|------------------------------------|
| 被 接 種 者 氏 名                                                                                                                        |      |                                    |
| 被接種者生年月日                                                                                                                           |      | 年 月 日（ 歳 か月）                       |
| 被 接 種 者 住 所                                                                                                                        |      | 東浦町大字 字                            |
| 予 防 接 種 名                                                                                                                          |      |                                    |
| ※申 請 者                                                                                                                             | 氏 名  |                                    |
|                                                                                                                                    | 住 所  |                                    |
|                                                                                                                                    | 電話番号 | — —                                |
| 有 効 期 限                                                                                                                            |      | 年 月 日までに接種を受けてください。期限後の接種は無効となります。 |
| 接種完了後は予防接種予診票を保護者又は被接種者にお渡しくくださるようお願いします。<br>接種費用については、本人負担となりますので、接種に要した金額がわかる領収書を本人に交付してください。<br>接種費用は、後日申請により本人に補助金として交付する予定です。 |      |                                    |

※ 児童の予防接種においては、保護者の方が申請者となります。

問い合わせ

電 話

様式第6（第8条関係）

第 号  
年 月 日

様

東浦町長

東浦町定期予防接種費補助対象者認定却下通知書

年 月 日付けで申請のありました東浦町定期予防接種費補助対象者認定については、東浦町定期予防接種費補助金交付要綱第8条の規定に基づき、下記の理由により却下することに決定したので通知します。

記

却下の理由



様式第7 (第9条関係)

## 東浦町定期予防接種費補助金交付申請書兼請求書

年      月      日

東浦町長

申請者 住 所

氏 名 \_\_\_\_\_

電話番号

続柄

東浦町定期予防接種費補助金実施要綱に基づき助成を受けたいので、下記のとおり申請及び請求します。なお、審査のため、住民基本台帳を東浦町長が閲覧することに同意します。

記

|                             |            |                                                                                                                                                                                                                                 |                                                       |  |  |          |  |               |  |  |  |
|-----------------------------|------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------|--|--|----------|--|---------------|--|--|--|
| 対象者確認欄<br>(該当する方に☑をつけてください) |            | <input type="checkbox"/> 県外にかかりつけ医がいる場合<br><input type="checkbox"/> 母の出産に伴い県外に滞在している場合<br><input type="checkbox"/> 県外（又は町外）にある医療機関に入院している場合<br><input type="checkbox"/> 町外にある老人福祉施設に入所している場合<br><input type="checkbox"/> その他（ ） |                                                       |  |  |          |  |               |  |  |  |
| 接種を受けた者の氏名                  |            |                                                                                                                                                                                                                                 |                                                       |  |  | 生年月日（年齢） |  | 年 月 日<br>( 歳) |  |  |  |
| 種類                          |            | 接種日                                                                                                                                                                                                                             |                                                       |  |  | 支払額      |  | 補助限度額         |  |  |  |
|                             |            | 年 月 日                                                                                                                                                                                                                           |                                                       |  |  | 円        |  | 円             |  |  |  |
|                             |            | 年 月 日                                                                                                                                                                                                                           |                                                       |  |  | 円        |  | 円             |  |  |  |
|                             |            | 年 月 日                                                                                                                                                                                                                           |                                                       |  |  | 円        |  | 円             |  |  |  |
|                             |            | 年 月 日                                                                                                                                                                                                                           |                                                       |  |  | 円        |  | 円             |  |  |  |
|                             |            | 年 月 日                                                                                                                                                                                                                           |                                                       |  |  | 円        |  | 円             |  |  |  |
| 助成金請求額                      |            | 円                                                                                                                                                                                                                               |                                                       |  |  |          |  |               |  |  |  |
| 振込先                         | 金融機関名      | 銀 行 本店<br>信用金庫 支店<br>農業協同組合                                                                                                                                                                                                     |                                                       |  |  |          |  |               |  |  |  |
|                             | 口座種別 普通・当座 |                                                                                                                                                                                                                                 | 口座番号                                                  |  |  |          |  |               |  |  |  |
|                             | 口座名義       |                                                                                                                                                                                                                                 | (ふりがな)<br><div style="text-align: right;">(続柄 )</div> |  |  |          |  |               |  |  |  |

※申請者は接種を受けた本人としてください。児童が接種を受けた場合は保護者としてください。また、振込先も申請者名義の口座をご記入ください。

様式第 8（第 11 条関係）

年 月 日

様

東浦町長

東浦町定期予防接種費補助金交付決定通知書

年 月 日付けで申請のあった定期予防接種費補助については、東浦町定期予防接種費補助金交付要綱第 11 条の規定により、下記のとおり交付決定したので通知します。

記

交付決定額 金 円

支払年月日 年 月 日

振込先

様式第 9（第 11 条関係）

年 月 日

様

東浦町長

東浦町定期予防接種費補助金交付却下通知書

年 月 日付けで申請のあった定期予防接種費補助については、東浦町定期予防接種費補助金交付要綱第 11 条の規定により、下記の理由により却下することに決定したので通知します。

記

却下の理由