

一宮町こどものインフルエンザ予防接種費用助成事業実施要綱を次のように定める。

令和 6 年 8 月 30 日

一宮町長

馬淵 昌也



一宮町告示第 52 号

一宮町こどものインフルエンザ予防接種費用助成事業実施要綱

(目的)

第 1 条 この告示は、こどものインフルエンザの発病、重症化及びまん延を予防し、もってこどもの健康の保持及び増進を図ることを目的として、一宮町が実施するこどもに対する任意のインフルエンザ予防接種（以下「予防接種」という。）に関し、必要な事項を定めるものとする。

(実施主体)

第 2 条 予防接種の実施主体は、一宮町（以下「町」という。）とする。

(助成対象者)

第 3 条 この告示の助成の対象となる者は、第 4 条に規定する接種対象者を監護養育する保護者（以下「助成対象者」という。）とする。

(接種対象者)

第 4 条 接種対象者は、町に居住し、かつ、住民基本台帳法（昭和42年法律第81号）に基づく町の住民基本台帳に記録されている者で次に掲げる者とする。

(1) 予防接種日において生後 6 か月以上の乳幼児

(2) 学校教育法（昭和22年法律第26号）に規定する小学校及び中学校並びに特別支援の小学部及び中学部に在籍する児童及び生徒

(3) その他町長が必要と認めた者

（接種の回数及び期間）

第5条 予防接種の回数は、次の各号に掲げる予防接種開始年齢の区分に応じ、当該各号に定める回数を限度とする。

(1) 生後6か月以上13歳未満 2回

(2) 13歳以上の中学生 1回

2 予防接種を実施する期間は、当該年度の10月1日から翌年1月31日までとする。

（接種費用の負担額）

第6条 予防接種に要する費用について町が負担する額は、次の各号に掲げる場合の区分に応じ、当該各号に定める額とする。

(1) 接種対象者が生活保護法（昭和25年法律第144号）第6条第2号に規定する要保護者又は同項に規定する要保護者に準ずる程度に困窮していると教育委員会が認めた者（準要保護者として認定された者及びその世帯に属する乳幼児を含む。）の場合 予防接種に要する費用（予診のみの場合も含む。）の全額

(2) 前号に掲げる者以外の者の場合 予防接種1回につき3,000円を上限とする額。ただし、負担した予防接種の費用の額が上限額に満たないときは、当該予防接種の費用の全額とする。

（助成方式）

第7条 助成は、次の各号に掲げる方式の区分に応じ、当該各号に定めるところにより行うものとする。

(1) 現物給付方式 町が委託契約した社団法人茂原市長生郡医師会が推薦する医師が属する医療機関（以下「受託医療機関」という。）で接種した場合、助成対象者は、前条に規定した負担額を差し引いた自己負担金を受託医療機関に支払うものとする。

(2) 償還払い方式 委託契約以外の医療機関で接種した場合、助成対象者は前条に規定する負担額を助成金として町に請求するものとする。

（受託医療機関の請求等）

第8条 受託医療機関は、前条第1号の予防接種に係る費用を請求しようとする場合は、

当該予防接種を実施した月の翌月10日までに、一宮町こどものインフルエンザ予防接種費用請求書（別記第1号様式）により町長へ請求するものとする。

- 2 町長は、受託医療機関から前項の規定による請求があった場合は、その内容を審査し、適正と認めたときは、当該請求のあった日から30日以内に当該受託医療機関に支払うものとする。

（償還払いの申請）

第9条 第7条第2号に規定する助成金の交付を受けようとする助成対象者は、接種対象者が予防接種を受けた日以降の最初の3月31日までに、こどものインフルエンザ予防接種費用助成金交付申請書（別記第2号様式）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。

- (1) 領収証
- (2) 接種対象者の予防接種記録が分かるもの
- (3) 振込先金融機関口座通帳の写し

（交付決定及び助成金の交付）

第10条 町長は、前条の規定による申請があったときは、速やかにその内容を審査し、適当と認めたときは、こどものインフルエンザ接種費用助成金交付（不交付）決定通知書（別記第3号様式）により助成対象者へ通知するとともに、速やかに助成金を交付するものとする。

（不当利得の返還）

第11条 町長は、助成対象者が偽りその他不正な手段により助成金の交付を受けたと認めるときは、既に交付した助成金の全部又は一部を返還させることができる。

（健康被害の救済）

第12条 町長は、予防接種を受けた者又は契約医療機関等から予防接種による健康被害の発生の報告を受けたときは、速やかに一宮町予防接種健康被害調査委員会設置要綱（平成12年一宮町要綱第5号）に基づく一宮町予防接種健康被害調査委員会を開催し、その意見に基づいて必要な措置を講ずるものとする。

- 2 町長は、予防接種による健康被害の発生を確認したときは、速やかに千葉県市町村予防接種事故補償等条例（昭和52年千葉県市町村総合事務組合条例第19号）に基づき救済の手続を行うものとする。

3 前項の規定は、予防接種により健康被害を受けた者が独立行政法人医薬品医療機器総合機構法（平成14年法律第192号）に基づく救済措置を受けることを妨げるものではない。

（その他）

第13条 この告示に定めるもののほか、必要な事項は、町長が別に定める。

附 則

この告示は、令和6年10月1日から施行する。

別記
第1号様式(第8条)

一宮町

年度 こどものインフルエンザ予防接種請求書

金額 _____ 円

月分実績報告書

| 予防接種名 | 区分 | 単価 | 件数 | 計 |
|-----------------|--|---|----|---|
| こどもの インフルエンザ | 一般 | 3,000 円 | | |
| | | (_____ 円) ※ただし、医療機関で定めた金額が 3,000 円以下の場合はその金額 | | |
| | | (_____ 円) ※ただし、医療機関で定めた金額が 3,000 円以下の場合はその金額 | | |
| | | ※予診のみの場合は、接種希望者に医療機関で定めた予診料を直接請求して下さい。 | | |
| | 生活保護 要保護 準要保護世帯 予診票に (衛)あり | 医療機関で定めた金額 (_____ 円) | | |
| | | 医療機関で定めた金額 (_____ 円) | | |
| | | 医療機関で定めた金額 (_____ 円) | | |
| | | 予診のみ (医療機関で定めた予診料) (_____ 円) | | |
| | | 予診のみ (医療機関で定めた予診料) (_____ 円) | | |
| | | 予診のみ (医療機関で定めた予診料) (_____ 円) | | |
| 合 計 | | | | |

上記のとおり請求します。

年 月 日

一宮町長 あて

所在地
医療機関名
代表者職氏名

㊞

| | | |
|------|-------|----|
| 振込先 | 銀行 | 支店 |
| 口座番号 | 普通・当座 | |
| フリガナ | | |
| 口座名義 | | |

こどものインフルエンザ予防接種費用助成金交付申請書

年 月 日

一宮町長 あて

| | | |
|----------------|------|---------------|
| 助成対象者 (保護者) | 住 所 | 一宮町 |
| | 氏 名 | (接種対象者との続柄：) |
| | 電話番号 | |

インフルエンザ予防接種費用の助成を受けたいので、一宮町こどものインフルエンザ予防接種費用助成事業実施要綱第9条の規定により申請します。

1 接種対象者

| | | | | |
|--------------------|--------|-------|------|---|
| フリガナ | | | | |
| 氏 名 | | | | |
| 住 所 | 一宮町 | | | |
| 生年月日 | 年 月 日生 | | | |
| 接種日・接種時 年齢・接種料金 | 1回目 | 年 月 日 | 歳 か月 | 円 |
| | 2回目 | 年 月 日 | 歳 か月 | 円 |

| | | | | |
|--------------------|--------|-------|------|---|
| フリガナ | | | | |
| 氏 名 | | | | |
| 住 所 | 一宮町 | | | |
| 生年月日 | 年 月 日生 | | | |
| 接種日・接種時 年齢・接種料金 | 1回目 | 年 月 日 | 歳 か月 | 円 |
| | 2回目 | 年 月 日 | 歳 か月 | 円 |

| | | | | |
|--------------------|--------|-------|------|---|
| フリガナ | | | | |
| 氏 名 | | | | |
| 住 所 | 一宮町 | | | |
| 生年月日 | 年 月 日生 | | | |
| 接種日・接種時 年齢・接種料金 | 1回目 | 年 月 日 | 歳 か月 | 円 |
| | 2回目 | 年 月 日 | 歳 か月 | 円 |

(裏)

2 振込先

| | | | | |
|-------|--------------------|----------|---------------|--------|
| 金融機関 | 銀行 ・ 金庫 組合 ・ 農協 | | 本店 ・ 支店 支所 | |
| | 種類 | 普通 ・ 当座 | 口座番号 | |
| | ゆうちょ銀行 | 普通 当座 | (店番) | (口座番号) |
| 口座名義人 | フリガナ | | | |
| | | | | |

※ゆうちょ銀行へのお振込みの場合は、店番号は3桁の漢数字、口座番号は7桁の数字で御記入ください。

3 添付書類

- 領収証 (原本)
- 予防接種の記録がわかるもの
- 振込先金融機関口座通帳の写し

第 号
年 月 日

様

一宮町長

印

こどものインフルエンザ予防接種費用助成金交付（不交付）
決定通知書

年 月 日付けで申請のあった、インフルエンザ予防接種費用の
助成金については、下記のとおり交付する（交付しない）ことに決定し
たので、一宮町こどものインフルエンザ予防接種費用助成事業実施要綱
第10条の規定により通知します。

記

1 対象者氏名 _____

2 助成金 _____ 円

| | 接種料金 | 助成金 |
|-----|------|-----|
| 1回目 | | |
| 2回目 | | |

3 不交付理由