

津市高齢者肺炎球菌ワクチン予防接種費用助成事業実施要綱

平成24年7月19日訓第45号

改正 平成26年9月25日訓第78号

平成27年12月28日訓第81号

(趣旨)

第1条 この要綱は、高齢者の肺炎球菌による感染症を予防し、又は重症化の防止を図るため、肺炎球菌ワクチンの予防接種（以下「予防接種」という。）に係る費用の助成に関し必要な事項を定めるものとする。

(対象者)

第2条 助成の対象者は、次の各号のいずれにも該当する者で、予定接種実施規則（昭和33年厚生省令第27号）第22条に規定する接種の方法による予防接種を初めて受けるもの（予防接種法（昭和23年法律第68号）第2条第4項に規定する定期の予防接種において予防接種を受ける者を除く。）とする。

- (1) 本市の区域内に住所を有する者
- (2) 予防接種を受ける日において、満65歳以上の者
- (3) 脾臓摘出者又は公害健康被害被認定者でない者

(助成の額)

第3条 助成の額は、3,000円とする。ただし、予防接種に係る費用が3,000円未満の額であるときは、当該額とする。

(助成の申請等)

第4条 助成を受けようとする者（以下「申請者」という。）は、予防接種を受けようとする日の前日までに、高齢者肺炎球菌ワクチン予防接種費用助成申請書（第1号様式）を市長に提出しなければならない。

2 市長は、前項の規定による提出があった場合は、その内容を審査し、申請者が対象者であると認めるときは、申請者に対し、高齢者肺炎球菌ワクチン予防接種費用助成券（第2号様式。以下「助成券」という。）を交付するものとする。

3 助成券の有効期限は、助成券を発行する日の属する年度の末日までとする。

(利用できる医療機関)

第5条 助成券の交付を受けた者が当該助成券を利用して予防接種を受けることができる医療機関は、三重県内の病院、診療所等であって、本市の高齢者肺炎球菌ワクチン予防接種費用助成事業に協力する医療機関（以下「協力医療機関」という。）とする。

（被接種者の費用負担）

第6条 助成券を利用して予防接種を受けた者（以下「被接種者」という。）は、当該予防接種に係る費用から第3条に定める助成の額を差し引いた額を、当該予防接種を受けた協力医療機関に支払うものとする。この場合において、被接種者は、助成金の請求及び受領に関する行為について、当該協力医療機関に委任するものとする。

（助成金の請求及び支払）

第7条 協力医療機関は、被接種者から提出を受けた助成券に協力医療機関の名称、接種医の氏名、ワクチン名、予防接種日その他必要事項を記入し、予防接種日の属する月ごとの実績に応じて、翌月10日までに、高齢者肺炎球菌ワクチン予防接種実績報告書兼請求書（協力医療機関用）（第3号様式）及び当該助成券を市長に提出しなければならない。

2 市長は、前項の規定による提出があった場合は、その内容を審査し、適当と認めるときは、当該協力医療機関に助成金を支払うものとする。

（助成金の請求及び支払の特例）

第8条 第6条の規定にかかわらず、助成券の交付を受けた被接種者が当該助成券を提出せずに予防接種に係る費用の全額を協力医療機関に支払ったときは、当該被接種者の請求に基づき、当該被接種者に助成金を支払うものとする。

2 前項の規定による助成金の支払を受けようとする被接種者は、予防接種日の属する年度の末日までに、高齢者肺炎球菌ワクチン予防接種実績報告書兼請求書（被接種者用）（第4号様式）及び予防接種を受けたことを証する書面（協力医療機関の名称、接種医の氏名、ワクチン名、予防接種日及び予防接種に係る費用の額の記入のあるものをいう。）を市長に提出しなければならない。

3 市長は、前項の規定による提出があった場合は、その内容を審査し、適当と認めた場合は、当該被接種者に助成金を支払うものとする。

（助成金の返還）

第9条 市長は、偽りその他不正な手段により、助成金の交付を受けた者があ

るときは、その者から既に交付した助成金の額に相当する額の全部又は一部を返還させるものとする。

(委任)

第10条 この要綱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

この訓は、平成24年8月16日から施行する。

附 則 (平成26年9月25日訓第78号)

この訓は、平成26年10月1日から施行する。

附 則 (平成27年12月28日訓第81号)

この訓は、平成28年1月1日から施行する。

高齢者肺炎球菌ワクチン予防接種費用助成申請書

（宛先）津市長

年 月 日

住所

申請者 氏名 ⑩

電話番号

高齢者肺炎球菌ワクチン予防接種費用の助成を受けたいので申請します。

被 接 種 者	住所	(申請者と同じ場合は、省略)		
	ふりがな			電話番号
	氏名	(申請者と同じ場合は、省略)		(申請者と同じ場合は、省略)
	生年月日	年	月	日 (歳)
	個人番号			性別
		男 ・ 女		
脾臓摘出又は公害健康被害認定の有無（□に✓を記入）		<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有(脾臓摘出している) <input type="checkbox"/> 有(公害健康被害認定を受けている)		
接種希望医療機関名		市内 ・ 市外（県内）		
同 意 書				
私は、下記の事項に同意します。 1 予防接種を受ける前に、予防接種の効果と副反応について、医師の説明を受け、十分に理解した上で、自らの判断で予防接種を受けること。 2 予防接種後に重い副反応による健康被害が生じたときは、独立行政法人医薬品医療機器総合機構の救済給付制度による対応になること。 3 助成金の交付要件に該当しているか、津市が住民基本台帳により確認すること。 4 不正な手段等により、助成を受けたときは、助成金に相当する額の全部又は一部を返還すること。				
被接種者氏名				⑩

被接種者以外の者が申請する場合は、被接種者は下欄の委任状に署名・押印してください。

委 任 状	
私は、上記申請者に高齢者肺炎球菌ワクチン予防接種費用助成申請に係る手続を委任します。	
被接種者氏名 ⑩	

年度 高齢者肺炎球菌ワクチン接種費用助成券

〒	-	
		様

協力医療機関確認欄

被 接 種 者	氏 名	様
	住 所	
	生年月日	年 月 日 歳
助 成 の 額		3, 0 0 0 円（限度額）
有 効 期 間		年 月 日から 年 月 日まで

津市長（氏 名） 印

この助成券を利用するときは、必ず下記の「ご本人記入欄」に署名してください。

【ご本人記入欄】

私は、助成金の請求及び受領について、予防接種を受ける協力医療機関を代理人と定め、その権限を委任します。

年 月 日

被接種者氏名 _____

【協力医療機関記入欄】

予 防 接 種 日	年 月 日
ワクチン名/Lot. No	肺炎球菌ワクチン /
協力医療機関名	
接種医名	
助成額を差し引く 前の接種費用の額	<input type="checkbox"/> 3, 0 0 0 円以上
	<input type="checkbox"/> 3, 0 0 0 円未満（ _____ 円）

第3号様式（第7条関係）

高齢者肺炎球菌ワクチン予防接種実績報告書兼請求書（協力医療機関用）
 年 月 日

（宛先）津市長

住所
 請求者 医療機関名 ⑨
 電話番号

高齢者肺炎球菌ワクチン予防接種費用の助成金（ 年 月に接種した代理受領分）の支払を受けたいので、次のとおり請求します。

助成額を差し引く前の接種費用の額	助成の額	接種者数	請求金額
<input type="checkbox"/> 3,000 円以上	3,000 円	人	円
<input type="checkbox"/> 3,000 円未満(注)	円	人	円

(注) 接種費用の額が 3,000 円未満の場合は、右欄にその額を記入してください。

支払方法	1 口座振替 2 小切手 3 納付書	(金融機関名)		(店舗名)	(預金区分)
		口座番号		フリガナ	
			口座名義人		

第4号様式（第8条関係）

高齢者肺炎球菌ワクチン予防接種実績報告書兼請求書（被接種者用）

年 月 日

（宛先）津市長

住 所
請求者 氏 名 ⑨
電話番号

高齢者肺炎球菌ワクチン予防接種費用の助成を受けたいので、次のとおり請求します。

被接種者氏名		生年月日	年 月 日
協力医療機関名		予防接種日	年 月 日
接種費用の額			円
請求金額（接種費用の額が3,000円未満の場合は、その額）			円

振込口座

（金融機関名）		（店舗名）		（預金区分）	
口座 番号		フリガナ			
		口 座 名義人			

添付書類

- ・ 予防接種を受けたことを証する書面（協力医療機関の名称、接種医の氏名、ワクチン名、予防接種日及び予防接種に係る費用の額の記入のあるもの）