

新城市任意予防接種費用助成金交付要綱

(趣旨)

第1条 この要綱は、疾病の発生及び重症化を予防するため、予防接種法（昭和23年法律第68号）に規定する予防接種以外の予防接種を受けるものについて、当該予防接種の費用の助成を行うに当たり、必要な事項を定めるものとする。

(助成の対象予防接種)

第2条 助成の対象となる予防接種（以下「助成対象予防接種」という。）は、次に掲げるものとする。

- (1) 带状疱疹に係る予防接種
- (2) おたふくかぜに係る予防接種

(助成の対象者)

第3条 助成の対象となる者（以下「助成対象者」という。）は、次のいずれにも該当する者とする。

- (1) 前条の助成対象予防接種を受けた日（以下「接種日」という。）において、住民基本台帳法（昭和42年法律第81号）の規定に基づき市の住民基本台帳に記録されている者であること。
- (2) 前条第1号の助成対象予防接種にあつては、接種日において、満50歳以上の者であること。
- (3) 前条第2号の助成対象予防接種にあつては、令和4年4月1日以降に生まれた者で、接種日において、満1歳以上から満2歳未満までの者であること。
- (4) 法令並びに用法及び用量に従って助成対象予防接種を受ける者であること。
- (5) 過去に他の市町村から、同種の助成金等の交付を受けた者でないこと。

(助成金の額等)

第4条 助成金の額及び助成金を受けることができる回数は、次の表のとおりとする。

区分	助成金の額	助成金を受けることができる回数
第2条 第1号	水痘ワクチン	1回当たり3,500円
	带状疱疹ワクチン	1回当たり10,000円
第2条第2号	1回当たり2,500円	1回

2 前項の規定にかかわらず、助成対象者が支払った額が同項の助成金の額に満たないときは、助成対象者が支払った額とする。

(交付の方法)

第5条 助成対象予防接種を実施する市内の医療機関（以下「市内医療機関」という。）において、助成対象予防接種を受けようとする者（以下、この条において「申請者」という。）は、新城市

任意予防接種費用助成金対象者宣誓書（様式第1）を、当該医療機関に提出しなければならない。

- 2 市内医療機関は、前項の規定による提出があったときは、助成対象予防接種に係る費用から、当該接種に係る前条の助成金の額を差し引いた金額を申請者に請求するものとする。
- 3 市内医療機関は、第1項の規定による提出があったときは、助成対象予防接種を実施した月の翌月10日までに、新城市任意予防接種費用助成金医療機関代位申請書（様式第2）に同項の規定により提出を受けた書類及び予診票を添付して、市長に提出しなければならない。
- 4 市長は、前項の規定による提出があったときは、その内容を審査し、助成金の交付を決定したときは、申請者に助成金を交付するものとする。
- 5 前項の規定による助成金の交付は、当該医療機関が指定する金融機関への口座振込の方法による。

第6条 助成対象予防接種を実施する市外の医療機関（以下「市外医療機関」という。）において、助成対象予防接種を受けた者（以下、この条において「申請者」という。）は、最終接種日から原則3か月以内に、新城市任意予防接種費用助成金交付申請書（様式第3）に必要書類を添付して、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、その内容を審査し、助成金の交付を決定したときは新城市任意予防接種費用助成金交付決定通知書（様式第4）により、助成金を交付しないと決定したときは新城市任意予防接種費用助成金不交付決定通知書（様式第5）により、申請者に通知するものとする。
- 3 市長は、前項の規定により助成金の交付を決定したときは、申請者に助成金を交付するものとする。

4 前項の規定による助成金の交付は、申請者が指定する金融機関への口座振込の方法による。

第7条 前2条の規定にかかわらず、令和5年4月1日から令和5年7月31日までの間に助成対象予防接種を受けた者は、令和6年3月31日までに、新城市任意予防接種費用助成金交付申請書（様式第3）に必要書類を添付して、市長に提出しなければならない。

- 2 前条第2項から第4項までの規定は、前項の規定による申請について準用する。

（助成金の返還）

第8条 市長は、偽りその他不正の手段により助成金の交付を受けた者があるときは、既に交付を受けた助成金の返還を求めるものとする。

（その他）

第9条 この要綱に定めるもののほか、助成金の交付に関して必要な事項は、市長が別に定める。

附 則

この要綱は、令和5年8月1日から施行し、令和5年4月1日から適用する。

様式第 1 (第 5 条関係)

新城市任意予防接種費用助成金対象者宣誓書

私は、以下のとおり新城市任意予防接種費用助成金の助成対象であることを宣誓します。

(□に✓を付してください。)

(1) 私は、新城市に住民票があります。

(2) 【帯状疱疹に係る予防接種を受ける場合】
私は、助成対象予防接種を受ける本日、満 50 歳以上です。

【おたふくかぜに係る予防接種を受ける場合】
私は、令和 4 年 4 月 1 日以降に生まれた者で、助成対象予防接種を受ける本日、満 1 歳以上満 2 歳未満です。

(3) 私は、助成対象予防接種を受ける本日、法令並びに用法及び用量に従って助成対象予防接種を受けます。

(4) 私は、過去に他の市町村から、同種の助成金等の交付を受けていません。

(5) 私は、新城市任意予防接種費用助成金の申請について、助成対象予防接種を受ける医療機関が、私に代位して新城市に申請し、当該医療機関が指定する金融機関への口座振込により交付を受けることを承諾します。

____年 ____月 ____日

住所 _____

被接種者氏名 _____

(おたふくかぜに係る予防接種の場合のみ記入)

保護者氏名 _____

様式第2（第5条関係）

新城市任意予防接種費用助成金医療機関代位申請書

年 月 日

新城市長

申請者

住所

医療機関名

代表者名

連絡先

新城市任意予防接種費用助成金の対象予防接種を実施したので、被接種者に代位して助成金を申請します。

〔実施月： 年 月分〕

区分	件数	助成額	請求額
(1) 水痘ワクチン	件	3,500 円	円
(2) 帯状疱疹ワクチン	件	10,000 円	円
(3) おたふくかぜワクチン	件	2,500 円	円
請求合計金額			円

振込先

金融機関名・支店名	
種目・口座番号	
フリガナ	
口座名義人	

様式第3（第6条、第7条関係）

新城市任意予防接種費用助成金交付申請書

年 月 日

新城市長

申請者
 住所
 氏名
 （保護者氏名 続柄 ）
 連絡先

以下のとおり、任意予防接種費用助成金の交付を申請します。

なお、本申請に必要となる内容について、医療機関等に照会することについて、同意します。

被 接 種 者	フリガナ			生年 月日	年 月 日	
	氏名	<input type="checkbox"/> 申請者 と同じ				
	住所	<input type="checkbox"/> 申請者 と同じ	〒			
	予防接種の種類	帯状疱疹に 係るもの	<input type="checkbox"/> 水痘ワクチン			
			<input type="checkbox"/> 帯状疱疹ワクチン			
		<input type="checkbox"/> おたふくかぜワクチン				
	予防接種を 受けた年月日	年 月 日 ※ 帯状疱疹ワクチン2回分の申請の場合は両日を記入してください。				
	申請金額	円 ※ 帯状疱疹ワクチン2回分の申請の場合は合計額を記入してください。				
	予防接種を 受けた医療機関	名称				
		住所				
連絡先						
※ 帯状疱疹ワクチン2回分の申請の場合で、予防接種を受けた医療機関が複数ある場合は、こちらに 名称、住所、連絡先を記入してください。						

振込先	金融機関名・支店名	
	種目・口座番号	
	フリガナ	
	口座名義人	

※ 申請者氏名と異なる名義の口座への振り込みを希望する場合はこちらを御記入ください。

<p>委任状</p> <p>私は、振込口座名義人に接種費用の受領に関する一切の権限を委任します。</p> <p style="text-align: right;">年 月 日</p> <p style="text-align: right;">氏名</p>

[必要添付書類及び確認事項]

- 申請者の氏名、住所、生年月日が確認できる書類の写し
(マイナンバーカード、申請時住所記載の住民票、運転免許証、健康保険証(両面)等)
- 振込希望先金融機関の通帳又はキャッシュカードの写し
- 接種費用の支払いを証明する書類の原本
(領収書及び明細書、支払証明書等)
- 接種記録(被接種者の氏名、接種日、接種したワクチンの種類)が確認できる書類の写し
(母子健康手帳「予防接種の記録」欄の写し、予診票の写し、接種済証、明細書等)
- ※申請者と被接種者が異なる場合(おたふくかぜワクチンにおける保護者を除く): 委任状
- 被接種者は、過去に他の市町村から同種の助成金の交付を受けていない。

申請受理年月日		(交付・不交付) 決定年月日	
---------	--	-------------------	--

様式第4（第6条、第7条関係）

指令 号
年 月 日

様

新城市長

新城市任意予防接種費用助成金交付決定通知書

年 月 日付けで申請のありました新城市任意予防接種費用助成金について、下記のとおり決定します。

記

- 1 被接種者名
- 2 助成金申請額 金 円
- 3 助成金決定額 金 円
- 4 振込先 申請書記載のとおり

様式第5（第6条、第7条関係）

指令 号
年 月 日

様

新城市長

新城市任意予防接種費用助成金不交付決定通知書

年 月 日付けで申請のありました新城市任意予防接種費用助成金について、下記の理由により不交付決定とします。

記

- 1 被接種者名
- 2 不交付決定の理由