

亀山市告示第38号

亀山市带状疱疹予防接種費用助成金交付要綱を次のように定める。

令和5年3月30日

亀山市長 櫻井 義之

亀山市带状疱疹予防接種費用助成金交付要綱

(目的)

第1条 この告示は、带状疱疹^{ほうしん}の予防接種（以下「予防接種」という。）の費用の一部を助成することにより、市民の健康の保持増進を図ることを目的とする。

(助成金の名称)

第2条 この告示により交付する助成金は、亀山市带状疱疹予防接種費用助成金（以下「助成金」という。）という。

(助成対象予防接種)

第3条 助成の対象となる予防接種は、乾燥弱毒生水痘ワクチン（以下「生ワクチン」という。）及び乾燥組換え带状疱疹ワクチン（以下「不活化ワクチン」という。）の接種（生ワクチンの接種にあつては1回目、不活化ワクチンの接種にあつては1回目及び2回目の接種に限る。以下同じ。）とする。

(助成金の交付対象者)

第4条 助成金の交付対象者は、次に掲げる者であつて当該接種を受けた日において市内に住所を有する50歳以上のものとする。

- (1) 生ワクチンの接種を受けた者（当該接種又は不活化ワクチンの接種について助成金の交付を受けたことがない者に限る。）
- (2) 不活化ワクチンの接種のうち1回目の接種を受けた者（当該接種又は生ワクチンの接種について助成金の交付を受けたことがない者に限る。）
- (3) 不活化ワクチンの接種のうち2回目の接種を受けた者（当該接種又は生ワクチンの接種について助成金の交付を受けたことがない者に限る。）

(助成金の額)

第5条 助成金の額は、次の各号に掲げる場合に依り、当該各号に定める額とする。

- (1) 生ワクチンの接種について助成金の交付を受ける場合 当該接種に要した費用に

相当する額（その額が4,000円を超える場合は、4,000円）

(2) 不活化ワクチンの接種について1回目又は2回目の接種に係る助成金の交付を受ける場合 当該接種に要した費用に相当する額（その額が11,000円を超える場合は、11,000円）

(3) 不活化ワクチンの接種について1回目及び2回目の接種に係る助成金の交付を合わせて受ける場合 当該1回目の接種に要した費用に相当する額（その額が11,000円を超える場合は、11,000円）及び当該2回目の接種に要した費用に相当する額（その額が11,000円を超える場合は、11,000円）を合算して得た額

(助成金の交付請求等)

第6条 助成金の交付を受けようとする者は、带状疱疹予防接種費用助成金交付請求書（様式第1号）に带状疱疹予防接種費領収書（様式第2号）又は予防接種を行った医療機関が発行する領収書その他の予防接種に係る支払額が確認できる書類を添付して、予防接種を受けた日の属する年度の末日までに市長に提出しなければならない。

2 前項の規定にかかわらず、助成金の交付を受けようとする者は、市長が必要と認めるときは、医療機関による助成金の代理受領の方法によることができる。

(助成金の交付)

第7条 市長は、前条第1項の請求書を受理したときは、その内容を審査し、適当と認めるときは、当該請求者が指定する口座に助成金を振り込むものとする。

(不正利得の返還)

第8条 市長は、偽りその他不正な手段によりこの告示による助成金の交付を受けた者があるときは、その者から当該交付した助成金の額の全部又は一部を返還させることができる。

(その他)

第9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5年4月1日から施行する。

様式第1号(第6条関係)

带状疱疹予防接種費用助成金交付請求書

年 月 日

亀山市長 様

請求者 氏

住 所

フリガナ

氏 名

※本人が署名しない場合は、記名押印してください。

生年月日 年 月 日

電話番号

下記のとおり、带状疱疹予防接種をしましたので、助成金を交付されたく、带状疱疹予防接種費領収書を添えて請求します。なお、この請求に関し、住所、接種状況等を調査することを承諾します。

記

1 請求額 _____ 円

2 接種したワクチンの種類等

助成の対象となる接種 (該当するものに☑を付けてください。)	<input type="checkbox"/> 生ワクチン	<input type="checkbox"/> 不活化ワクチン	
		<input type="checkbox"/> 1回目	<input type="checkbox"/> 2回目
接種年月日	年 月 日	年 月 日	年 月 日
接種に要した費用	円	円	円
接種医療機関名			
助成金額	円	円	円

3 振込先

振 込 先	銀行 農協 信用金庫		支店 支所
	普通	当座	口座番号
	フリガナ		
	口座名義人		

備考 带状疱疹予防接種費領収書(様式第2号)又は予防接種を受けた医療機関が発行する領収書その他の当該予防接種に係る支払額が確認できる書類(写しは不可)を添付してください。

様式第2号(第6条関係)

带状疱疹予防接種費領収書

年 月 日

様

下記のとおり、带状疱疹予防接種を実施し、その費用を領収したことを証明します。

記

予 防 接 種 の 種 類 ※該当するものの ()に○を 付けてください。	() 生ワクチン () 不活化ワクチン1回目 () 不活化ワクチン2回目
接 種 年 月 日	年 月 日
接 種 に 要 し た 費 用	円
接種医療機関 住所 氏名	※本人が署名しない場合は、記名押印してください。