

○新地町新型インフルエンザワクチン接種助成事業実施要領

平成22年10月4日訓令第12号

(趣旨)

第1 この要領は、「平成22年度新型インフルエンザワクチン接種助成事業実施要綱」（平成22年7月23日付健発0723第6号厚生労働省健康局長通知）及び「平成22年度新型インフルエンザワクチン接種助成費臨時補助金交付要綱」（平成22年7月26日付厚生労働省発健0726第1号）に定めるもののほか、新型インフルエンザワクチン接種を受けた者から徴する実費徴収金の一部を助成する事業（以下「助成事業」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 実施主体は、新地町とする。

(助成事業の対象者及び負担軽減の金額)

第3 新地町に住所を有する者のうち、助成事業の対象者及び負担軽減の金額は、次のとおりとする。

助成事業の対象者	負担軽減の金額
(1) 年齢13歳未満の者、中学生及び年齢65歳以上の者	接種1回目 2,600円 接種2回目 1,550円
(2) 生活保護世帯に属する者及び町民税非課税世帯に属する者（以下「非課税世帯の者等」という。）	全額

(費用支弁の方法)

第4 助成事業に係るワクチン接種費用の支弁は、代理受領の方法を原則とし、新地町長と別に定める代理受領に関する契約を締結した医療機関（以下「契約医療機関」という。）に支払う方法により実施する。

2 前項のワクチン接種費用は、第3の表に規定する負担軽減の金額とする。

- 3 やむを得ない事情により代理受領の方法によることができない場合又は契約医療機関以外の医療機関でワクチン接種を受けた助成事業の対象者に対しては、償還払いの方法によることができるものとする。

(対象者証明書の交付及び料金)

第5 助成事業の適用を受けようとする者のうち非課税世帯の者等は、新型インフルエンザワクチン接種助成事業対象者証明交付申請書(第1号様式)を町長に提出しなければならない。

- 2 町長は、前項の申請があった場合において、当該申請者が非課税世帯の者等であることを確認したときは、新型インフルエンザワクチン接種助成事業対象者証明書(第2号様式。以下「助成対象者証明書」という。)を申請者に交付するものとする。

- 3 町長は、第1項の申請があった場合において、当該申請者が非課税世帯の者等であることを確認できなかった場合には、当該申請を却下することができる。

(ワクチンの接種)

第6 助成事業の適用を受けようとする者のうち非課税世帯の者等が助成事業の適用を受ける場合には、契約医療機関に対し助成対象者証明書を提出しなければならない。

- 2 契約医療機関は、助成対象者証明書により助成事業の対象者であることを確認の上、ワクチンを接種するものとする。

- 3 契約医療機関は、ワクチン接種の際に、助成事業の対象者より助成対象者証明書に記載された利用者負担額の支払いを受けるものとする。

(代理受領の請求)

第7 契約医療機関は、代理受領に係るワクチン接種費用を請求しようとするときは、月毎にとりまとめ、実施月翌月の10日までに新型インフルエンザワクチン接種助成事業支払請求書(第3号様式)に助成対象者証明書を添えて、町長に請求するものとする。

- 2 町長は、前項の請求があった場合には、内容を審査し、適正であると認めたときには、30日以内にその額を支払うものとする。

(償還払いの方法)

第8 第4の第3項による償還払いの手続きは、新型インフルエンザワクチン接種助成事業償還払込請求書（第4号様式）にワクチンを接種した医療機関が発行する新型インフルエンザ予防接種済証及び当該領収証書の写しを添付し、町長に請求するものとする。

2 町長は、前項の請求があった場合には、内容を審査し、適正であると認めるときには、30日以内にその額を支払うものとする。

附 則

（施行期日）

1 この要領は、平成22年10月4日から施行し、平成22年10月1日から適用する。

（新地町新型インフルエンザワクチン接種助成事業実施要領の廃止）

2 新地町新型インフルエンザワクチン接種助成事業実施要領（平成21年新地町訓令第19号）は、廃止する。ただし、廃止前の要領に基づくワクチン接種費用の請求、助成及び支払いについては、なお、従前の例による。

第1号様式（第5関係）

新型インフルエンザワクチン接種助成事業対象者証明交付申請書

年 月 日

新地町長 あて

（申請者）住所

氏名

印

（本人との続柄

）

次のとおり、新型インフルエンザワクチン接種助成事業に係るその請求及び受領の権限について接種を受ける医療機関に委任することを承諾した上で、新型インフルエンザワクチン接種助成事業対象者証明書の交付を申請します。

1 対象者

氏名	
住所	
生年月日	
該当区分	<input type="checkbox"/> 生活保護世帯に属する者 <input type="checkbox"/> 市町村民税非課税世帯に属する者

2 接種希望医療機関

名称	
住所	

第2号様式（第5関係）

新型インフルエンザワクチン接種助成事業対象者証明書

1 助成事業対象者

住 所	新地町
氏 名	
生年月日	年 月 日

2 接種費用負担区分

ワクチン接種費用のうち利用者の窓口負担額	公費負担額
なし	全 額

上記の者は、新型インフルエンザワクチン接種助成事業の第2号対象者であることを証明する。

年 月 日

新地町長 印

第3号様式（第7関係）

その1

新型インフルエンザワクチン接種助成事業支払請求書

年 月 日

新地町長 あて

医療機関 住所又は所在

名称 印

代表者氏名 印

次のとおり、新型インフルエンザワクチン接種助成事業に係るワクチン接種等費用を請求します。

記

1 請求区分 年 月分

2 請求金額 _____ 円

内訳	1回目接種	2回目接種	予診による未接種
中学生以下	人	人	人
65歳以上	人	人	人
小計	(A) 人	(C) 人	人
証明書提出者	(B) 人	(D) 人	人
合計	人	人	(E) 人

計算 (A)	×2,600=	円
(B)	×3,600=	円
(C)	×1,550=	円
(D)	×2,550=	円
(E)	×1,790=	円
	合計	円（請求金額）

3 添付書類

(1) 新型インフルエンザワクチン接種助成事業請求金額内訳書

(2) 新型インフルエンザワクチン接種助成事業対象者証明書

※インフルエンザ予診票の添付により請求金額内訳書に代えることができます。

振込先金融機関名	銀行等	本店	支店
預金種別	1 普通 2 当座 （該当する方を○で囲んでください。）		
フリガナ			
口座名義			
口座番号			

第3号様式（第7関係）

その2

新型インフルエンザワクチン接種助成事業請求金額内訳書

（ 年 月分）

	接種月日	被接種者 氏名	公費負担額 (円)	接種回数	被接種者等の区分
				(該当番号 を記載) 1 接種1 回目 2 接種2 回目	(該当番号を記載) 1 13歳未満 2 中学生 3 65歳以上 4 証明書提出者 5 予診の結果、接種で きなかった者
1					
2					
3					
4					
5					
6					
7					
8					
~~~~~					
計					

第4号様式（第8関係）

新型インフルエンザワクチン接種助成事業償還払込請求書

年 月 日

新地町長 あて

（請求者）住所

氏名

印

（被接種者との続柄

）

（被接種者）住所

氏名

支払請求額	円
-------	---

新型インフルエンザワクチン接種助成事業に係るワクチン接種費用として、次の書類を添えて、上記金額を請求します。

1 添付書類

- (1) 接種した医療機関が発行する新型インフルエンザ予防接種済証の写し
- (2) 接種した医療機関が発行する新型インフルエンザ予防接種領収証書の写し

振込先金融機関名	銀行	本店 支店
預金種別	1 普通 2 当座 （該当する方を○で囲んでください。）	
フリガナ		
口座名義		
口座番号		

（注意事項）

- ① 振込先の口座名義は、請求者と同じ名義に限ります。
- ② 訂正されるときは、訂正印（数字の訂正は不可）を押印してください。