

塩谷町告示第 83 号

塩谷町高齢者肺炎球菌予防接種費助成要綱をここに公布する。

令和 6 年 4 月 25 日

塩谷町長 見形 和久

塩谷町高齢者肺炎球菌予防接種費助成要綱

令和6年4月1日

告示第21号

(目的)

第1条 この要綱は、町が実施する高齢者肺炎球菌予防接種(以下「予防接種」という。)を受けた者に対し、その費用を助成することにより、肺炎球菌に起因する肺炎の発病及び重症化を予防し、もって高齢者の健康の保持増進に寄与することを目的とする。

(対象者)

第2条 助成の対象者(以下「対象者」という。)は、予防接種当日に町内に住所を有する者で、次の各号のいずれかに該当する者とする。

(1) 予防接種当日に65歳以上の者

(2) 予防接種当日において、60歳以上65歳未満の者で、心臓、腎臓若しくは呼吸器の機能の障害又はヒト免疫不全ウイルスによる免疫の機能の障害の程度が1級である身体障害者手帳(身体障害者福祉法(昭和24年法律第283号)第15条の規定によるものをいう。)の交付を受けている者

(委託医療機関等)

第3条 町は、塩谷郡市医師会に属する医療機関及び栃木県内定期予防接種の相互乗入れ事業への協力を承諾した医師が属する医療機関(以下「委託医療機関」という。)に予防接種を委託するものとする。

2 委託医療機関で予防接種を接種することが困難である場合は、委託医療機関以外の医療機関(以下「委託外医療機関」という。)で接種することができる。

(助成の回数)

第4条 助成の回数は、対象者1人に対し1回限りとする。

(助成額)

第5条 対象者に対する助成額は、予防接種に要した費用として医療機関に支払った額とし、4,800円を上限とする。ただし、生活保護法(昭和25年法律第144号)による被保護者が予防接種を受けた場合は、8,800円を上限とする。

(接種)

第6条 助成を受けようとする者は、高齢者肺炎球菌予防接種申込書(様式第1号)に必要事項を記入し、町長に提出しなければならない。

2 町長は、前項の規定による申込みがあったときは、その内容を審査し、当該申込みをし

た者(以下「申込者」という。)が委託医療機関で接種を希望する場合は、高齢者肺炎球菌ワクチン接種予診票(以下「予診票」という。)を交付し、委託外医療機関で接種を希望する場合は、予診票及び高齢者肺炎球菌予防接種費助成申請書兼請求書(様式第2号)(以下「申請書」という。)を交付する。

(予防接種費用の助成)

第7条 委託医療機関は、予診票により予防接種を行ったときは、高齢者肺炎球菌予防接種費助成申請書兼請求書(様式第3号。以下「請求書」という。)に当該予診票を添付し、翌月の15日までに町長に請求するものとする。

2 町長は、前項の規定による請求があったときは、内容を審査し、相当と認めるときは、請求書を受理した日から起算して30日以内に委託料を支払うものとする。この場合において、当該委託医療機関で予防接種を受けた申込者への助成金は、当該委託料を当該委託医療機関に支払うことにより、支給したものとみなす。

3 委託外医療機関で予防接種を受けた申込者は、申請書に当該予防接種に係る予診票及び領収書を添付し、町長に助成の申請をするものとする。

4 前項の申請の期限は、申込者が予防接種を受けた日から1年以内とする。

5 町長は、第3項の申請があったときは、内容を審査し、相当と認めるときは、申請書を受理した日から起算して30日以内に助成金を支給するものとする。

(返還)

第8条 町長は、偽りその他不正な行為により助成を受けた者がある場合には、その者に対して当該助成金の全部又は一部の返還を命ずることができる。

(台帳の整備)

第9条 町は、助成金の支給状況を把握するため、高齢者肺炎球菌予防接種費助成台帳(様式第4号)を常に整備するものとする。

(委任)

第10条 この要綱に定めるもののほか、必要な事項は町長が別に定める。

附 則

この告示は、公布の日から施行し、令和6年4月1日から適用する。

様式第1号（第6条関係）

高齢者肺炎球菌予防接種申込書

塩谷町長

様

申込日 年 月 日

高齢者肺炎球菌予防接種の効果や副反応について、十分理解したうえで予防接種を受けたいので、次のとおり申し込みます。

被接種者 (申込者)		生年月日	年 月 日
住 所	塩谷町	番地	電話番号
どちらかに ○をつけて ください。	定 期【 】年齢 65 歳の方 <small>※満 60 歳以上 65 歳未満であって「心臓・じん臓・呼吸器機能又はヒト免疫不全ウイルスによる免疫の機能に障害を有する方」として厚生労働省令に定める方も接種の対象となります。 (身体障害者手帳確認)</small> 法定外【 】年齢 66 歳以上の方		
高齢者肺炎 球菌予防接 種の接種歴	有 (年 月) 無	生活保護 受 給	あり なし
接種希望 医療機関名	<small>※法定外対象の方で、塩谷郡外の医療機関で接種の場合、助成申請書を交付します。</small>		

【町使用欄】以下の欄は記入しないでください。

住所確認	接種歴確認	その他	交付書類
			<input type="checkbox"/> 予診票 <input type="checkbox"/> 助成申請書(様式第 2 号)

様式第2号（第6条関係）

高齡者肺炎球菌予防接種費助成申請書兼請求書 塩谷町長 様						年	月	日
申請者 住所 塩谷町大字 氏名						番地 印		
助成 対象者	住 所	塩谷町大字			番地		被接種者との続柄	
	フリガナ							
	氏 名							
被 接 種 者	フリガナ						生 年 月 日	
	氏 名				(男・女)		年 月 日	
右の口座 に振り込ん でください。	金融機関名	支 店 名 店名読み(カタカナ)	口 座 の 種 類	口 座 番 号	フリガナ 口座名義			
			普 通 当 座					

* この申請書には、医療機関に支払った額の領収書を添付してください。

接種済票(医療機関で記入してください。)

接 種 医 療 機 関	所 在 地	印	接 種 日	年 月 日
	名 称 代 表 者 氏 名		予 防 接 種 の 種 類	※予防接種の種類をご記入ください。

* ここからは記入しないでください。

決 裁	課 長	課 長 補 佐	副 主 幹	担 当	受 付	年 月 日
					伺	年 月 日
					決 定	年 月 日
審 査	接 種 年 齢		承 認		不承認	
	接 種 済		不承認の理由			
	助成対象者		支 給 金 額	円		

別記様式第3号（第7条関係）

高齢者肺炎球菌予防接種実施報告書兼委託料請求書

請求額 _____ 円

(内訳) 年 月分

予防接種	税込単価 (A) (内消費税額 10%対象)	接種件数 (B)	金額 C (A×B)
高齢者肺炎球菌	8,800円 (800円)	件	円

自己負担金

合計金額 C	一部負担金徴収額 D	請求金額 C-D
円	4,000円× 人	円
	合計 円	

予診票を添えて、上記のとおり請求します。

年 月 日

塩谷町長 様

医療機関 住所

代表者名

印

振 込 先	金融機関名	銀行 信用組合 農協 信用金庫	本店 支店 支所
	(フリガナ)		
	口座名義		
	口座種類	普通・当座	口座番号

