○甲賀市風しん予防接種費助成事業実施要綱

平成２９年８月１０日

告示第８４号

甲賀市風しん予防接種費助成事業実施要綱（平成２５年甲賀市告示第４３号）の全部を改正する。

（趣旨）

第１条　この告示は、風しんウイルスによる風しん及び先天性風しん症候群の発生を予防し、住民の健康の保持増進を図るため、風しんの予防接種（以下「予防接種」という。）の実施に要する費用の一部を助成する風しん予防接種費助成事業の実施について必要な事項を定めるものとする。

（実施主体）

第２条　事業の実施主体は、市とする。

（助成対象者）

第３条　助成の対象となる者（以下「対象者」という。）は、予防接種当日本市に居住し、住民基本台帳法（昭和４２年法律第８１号）に基づく記録をされている者であって、滋賀県風しん抗体検査事業（以下「県事業」という。）による検査を受け、HI抗体価１６倍以下又はEIA法で８．０未満である、次の各号のいずれかに該当するものとする。

（１）　今後、妊娠を希望又は予定している女性

（２）　妊娠中の女性の夫又は胎児の父親

（３）　妊娠中の女性の同居家族

（助成対象予防接種）

第４条　助成の対象となる予防接種は、県事業に基づく抗体検査の結果、接種した風しんワクチン又は麻しん風しん混合ワクチンの予防接種とする。

（助成の額及び交付回数）

第５条　助成金の額は、予防接種に要した額とし、７，０００円を限度とする。

２　助成金の交付回数は、対象者１人につき１回とする。

（助成の申請）

第６条　助成金の交付を受けようとする者は、予防接種後速やかに、風しん予防接種費助成金交付申請書兼請求書（様式第１号）に次に掲げる書類を添えて、市長

に対し申請しなければならない。

（１）　予防接種を受けたことが確認できる領収書

（２）　県事業での検査結果書

２　前項の規定による申請の期限は、接種を受けた当該年度内とする。

（助成金の額の確定）

第７条　市長は、前条第１項の規定による申請があったときは、その内容を審査し、助成金の交付の可否を決定し、その旨を風しん予防接種費助成金交付可否決定通知書（様式第２号）により通知するものとし、助成金を交付することとした者に対して、速やかに助成金を交付するものとする。

（その他）

第８条　この告示に定めるもののほか、助成金の交付に関し必要な事項は、市長が別に定める。

付　則

この告示は、平成２９年８月１０日から施行し、平成２９年４月１日から適用する。

様式第１号（第６条関係）

風しん予防接種費助成金交付申請書兼請求書

甲賀市風しん予防接種費助成事業実施要綱第６条の規定に基づき、関係書類を添えて下記のとおり助成金を申請し請求します。申請に当たり、市職員が住民基本台帳を確認することに同意します。また、接種を受けた医療機関又は施設に接種状況について照会することに同意します。

甲賀市長あて　　申請日　　年　　月　　日

※　太枠内をご記入ください。

<table>
<tr><td rowspan="2">ふりがな
申請者
（被接種者）
氏名</td><td colspan="2"></td><td>性別</td><td colspan="3">生年月日</td></tr>
<tr><td colspan="2">㊞</td><td>男
女</td><td colspan="3">年　　月　　日</td></tr>
<tr><td>住
所</td><td colspan="6">〒
電話（　　）</td></tr>
<tr><td rowspan="2">滋賀県の
風しん抗体
検査</td><td colspan="2">検査日</td><td colspan="2">実施医療機関</td><td colspan="2">検査結果</td></tr>
<tr><td colspan="2">年　　月　　日</td><td colspan="2"></td><td colspan="2">□ＨＩ抗体価１６倍以下
□ＥＩＡ法８．０未満</td></tr>
<tr><td>助成の要件
該当するものにチェック</td><td colspan="6">□今後、妊娠を希望又は予定している女性
□妊娠中の女性の夫又は胎児の父親
□妊娠中の女性の同居家族</td></tr>
<tr><td rowspan="4">風しん
予防接種
接種状況</td><td colspan="2">接種日</td><td colspan="2">接種医療機関</td><td colspan="2">ワクチンの種類</td></tr>
<tr><td colspan="2">年　　月　　日</td><td colspan="2"></td><td colspan="2">□風しん単独
□麻しん風しん混合</td></tr>
<tr><td colspan="6">予防接種の窓口支払い額</td></tr>
<tr><td colspan="6">（１）
円</td></tr>
<tr><td>助成請求額</td><td colspan="6">※（１）の額、又は 7,000 円のいずれか少ない額をご記入ください。
円</td></tr>
<tr><td rowspan="3">振込み先</td><td>金融
機関名</td><td colspan="5">銀行　　本店
金庫　　支店
農協　　出張所</td></tr>
<tr><td>預金
種別</td><td>普通
・
当座</td><td colspan="4">フリガナ
口座名義人</td></tr>
<tr><td>口座
番号</td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td>（右詰記入）</td></tr>
</table>

（添付書類）　・滋賀県風しん抗体検査の検査結果書

・風しん単独予防接種又は麻しん風しん混合予防接種の領収書

※原本をお持ちください。写しをとらせていただきます。

様式第２号（第７条関係）

第　　号
年　　月　　日

様

甲賀市長　　印

風しん予防接種費助成金交付可否決定通知書

年　　月　　日付で申請のあった予防接種費の助成について下記のとおり決定したので、甲賀市風しん予防接種費助成事業実施要綱第７条の規定により通知します。

記

申請者	フリガナ	
	氏名	
	生年月日	（　　歳）
	住所	
助成の可否	可　・　否	
助成の内容	助成金の額	金　　円
却下の理由		

様式第１号（第６条関係）

様式第２号（第７条関係）