

魚津市告示第116号

魚津市中学生インフルエンザ予防接種費用助成事業実施要綱を次のように定める。

令和2年10月2日

魚津市長 村椿 晃

魚津市中学生インフルエンザ予防接種費用助成事業実施要綱

(目的)

第1条 この要綱は、新型コロナウイルス感染者が拡大する中、中学生に対するインフルエンザワクチン（季節性インフルエンザに係るものに限る。）の任意接種（以下「予防接種」という。）に係る費用の一部に対し助成を行い、保護者の経済的負担を軽減することにより、予防接種を勧奨し、もって新型コロナウイルス感染症との同時流行の抑制を図ることを目的とする。

(定義)

第2条 この要綱において、次の各号に掲げる用語の意義は、当該各号に定めるところによる。

(1) 中学生 平成17年4月2日から平成20年4月1日までに出生した者をいう。

(2) 保護者 親権者、後見人その他の者で、現に中学生を監護するものをいう。

(接種対象者)

第3条 助成の対象となる予防接種の被接種者（以下「接種対象者」という。）は、予防接種の実施日において、魚津市に住所を有する中学生とする。

(助成対象者)

第4条 助成金の交付の対象となる者は、前条に規定する接種対象者の保護者とする。

(助成期間)

第5条 予防接種の助成期間は、令和2年10月26日から令和3年1月31日までの期間とする。

(助成金の額及び回数)

第6条 助成金の額は、予防接種に要した費用とし、第3条に規定する接種対象者1人につき3,000円を上限とする。

2 助成の回数は、第5条に規定する期間につき1回とする。

(実施医療機関)

第7条 この要綱による予防接種を行う医療機関は、市長と予防接種に関する業務委託契約を締結した市内の医療機関(以下「実施医療機関」という。)

(助成の方法)

第8条 市長は、助成対象者に対し魚津市中学生インフルエンザ予防接種費用助成券(様式第1号。以下「助成券」という。)を送付する。

2 助成対象者は、実施医療機関において接種対象者が予防接種を受けるときは、助成券に子ども医療費受給資格証、ひとり親家庭等医療費受給資格証その他住所を確認できる書類を添えて、実施医療機関に提出するものとする。

3 助成対象者は、前項の規定により接種対象者が予防接種を受けたときは、予防接種に係る費用から3,000円を控除した額を自己負担するものとし、実施医療機関に支払うものとする。

(実施医療機関への支払い)

第9条 市長は、前条の規定により接種対象者が予防接種を受けたときは、その助成金に相当する額を実施医療機関の請求に基づき当該実施医療機関に支払うものとする。

2 前項の規定により実施医療機関に助成金に相当する額の支払いがなされたときは、助成対象者に対し予防接種費用の助成を行ったものとみなす。

3 実施医療機関は、予防接種に要した費用を請求するときは、実施した予防接種について1月毎にとりまとめ、翌月の15日までに魚津市中学生インフルエンザ予防接種費用助成金請求書(様式第2号)に助成券を添えて市長に提出しなければならない。

4 市長は、実施医療機関から前項の規定による助成金の請求があった場合は、その内容を審査し、適正と認めたときは、当該実施医療機関に助成金を支払うものとする。

(返還請求)

第10条 市長は、偽りその他不正な行為により第6条に規定する助成を受けた者がいるときは、その者から当該助成した金額の全部又は一部を返還させることができる。

(譲渡又は担保の禁止)

第11条 この要綱による助成金の支給を受ける権利は、他に譲渡し又は担保してはならない。

(健康被害の救済)

第12条 任意の予防接種により健康被害が生じたときは、健康被害を受けた本人（又は遺族）等が、独立行政法人医薬品医療機器総合機構法（平成14年法律第192号）に基づく救済制度における、医療費等の給付を請求するものとする。

(委任)

第13条 この要綱に定めるもののほか、事業の実施に関し必要な事項は、市長が別に定める。

附 則

(施行期日)

1 この告示は、公表の日から施行する。

(この告示の失効)

2 この告示は、令和3年3月31日限り、その効力を失う。

魚津市中学生インフルエンザ予防接種費用助成券

実施期間	令和2年10月26日（月）～令和3年1月31日（日）
助成額	1人1回 上限 3,000円
実施医療機関	市内の実施医療機関に限る

〈保護者記入欄〉

【中学生氏名】

【生年月日】

_____ 平成 _____ 年
_____ 月 _____ 日 生まれ（ _____ 歳）

【保護者氏名】

_____ 保護者署名

※注意事項

- 助成券の使用は任意です。
- 接種については、医師の判断に従ってください。
- この券は、本人以外は利用できません。（原則、再発行はしません。）
- この券は、市内の指定医療機関のみで利用できます。
- この券は、魚津市から転出された場合は利用できません。
- 接種費用のうち助成額を超える金額は、自己負担です。
- 接種の際、中学生の氏名・生年月日・保護者氏名を保護者記入欄に記入してください。

【持ち物】

子ども医療費受給資格証、
ひとり親家庭等医療費受給資格証など、居住地の確認できるもの。

〈医療機関記入欄〉

この助成券を受け取った後、以下にご記入の上、毎月15日までに
魚津市健康センターに提出してください。

【接種年月日】

_____ 令和 _____ 年 _____ 月 _____ 日

【医療機関名】

様式第2号（第9条関係）

年 月 日

魚津市長あて

〒 所在地
医療機関名
代表者氏名 印

魚津市中学生インフルエンザ予防接種費用助成金請求書

魚津市中学生インフルエンザ予防接種費用助成事業実施要綱第9条の規定に基づき、
魚津市中学生インフルエンザ予防接種費用助成金の交付を下記のとおり請求します。

記

請求額 金 円
(消費税・地方消費税含む)

請求月	単価	使用件数	合計
月	円	件	円

(振込先金融機関)

金融機関名		支店名	
預金種目	普通 ・ 当座		
口座番号			
フリガナ			
口座名義人			

添付書類：使用済み助成券