

魚津市告示第166号

魚津市子ども及び妊婦の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7年9月4日

魚津市長 村椿 晃

魚津市子ども及び妊婦のインフルエンザ予防接種費用助成事業 実施要綱

（趣旨）

第1条 この要綱は、魚津市子ども及び妊婦のインフルエンザ予防接種費用助成金（以下「助成金」という。）の助成に関し、必要な事項を定めるものとする。

（助成の目的）

第2条 市長は、予防接種に係る経済的負担を軽減するとともに、季節性インフルエンザによる重症化の予防を図ることを目的として、予防接種に係る費用の一部に対し助成を行うものとする。

（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、住民基本台帳法（昭和42年法律第81号）の規定により本市の住民基本台帳に記録されている者であって、次の各号のいずれかに該当するものとする。

（1） 未就学児（生後6月から小学校入学前までの者をいう。以下同じ。）

（2） 小学生

（3） 中学生

（4） 母子手帳の交付を受けている妊婦

（助成対象者）

第4条 助成の対象となる者は、前条に規定する者又はその保護者とする。

（助成期間）

第5条 予防接種の助成期間は、10月から翌年3月までの期間で、市長が別に定める。

（助成金の額）

第6条 助成金の額は、医薬品、医療機器等の品質、有効性及び安全性の確保等に関する法律（昭和35年法律第145号）第14条第1項の規定により承認されたワクチンを使用して、接種医療機関において行われた皮下接種又は鼻腔内噴霧の費用とし、予防接種の接種区分、助成金額及び接種回数は次のとおりとする。

予防接種	接種区分	助成金額	接種回数
皮下接種	未就学児及び小学生	1人1回3,000円上限	2回まで
	中学生及び妊婦	1人1回3,000円上限	1回
鼻腔内噴霧	未就学児及び小学生	1人1回6,000円上限	1回
	中学生	1人1回3,000円上限	1回

（対象医療機関）

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医療機関（以下「対象医療機関」という。）とする。

（助成の方法）

第8条 市長は、助成対象者に対し魚津市子ども及び妊婦のインフルエンザ予防接種費用助成券（未就学児・小学生・中学生用）（様式第1号）又は魚津市子ども及び妊婦のインフルエンザ予防接種費用助成券（妊婦用）（様式第2号）（以下「助成券」という。）を送付する。

2 助成対象者は、対象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、助成券に住所を確認できる書類を添えて、対象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、予防接種費用に要した額から助成金額を差し引いた額を当該対象医療機関に対して支払うものとする。

4 市長は、前項の支払をもって、当該対象者に対し当該助成金を交付したものとみなす。

（対象医療機関の請求）

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対象医療機関の請求に基づき当該対象医療機関に支払うものとする。

2 前項の規定により対象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 対象医療機関は、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毎月とりまとめ、翌月の15日までに魚津市子ども及び妊婦のインフルエンザ予防接種費用助成金請求書（様式第3号）に助成券を添えて市長に提出しなければならない。

（対象医療機関以外での接種に係る助成金の交付決定）

第10条 対象医療機関以外でインフルエンザ予防接種を受けた妊婦で、助成金の交付を受けようとする接種対象者（以下「申請者」という。）は、魚津市妊婦のインフルエンザ予防接種費用助成金交付申請書兼請求書（様式第4号）に次に掲げる書類を添えて、当該予防接種を受けた日から30日以内に市長に申請するものとする。

（1） 医療機関が発行する領収書及び明細書の原本（第8条第3項の予防接種費用を負担した事実及びその額を証明できる書類に限る。）

（2） 前号に掲げるもののほか、市長が必要と認める書類

2 市長は、前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の決定及び助成金の額の確定をするものとする。

3 市長は、前項の交付の可否の決定及び額の確定をしたときは、その結果を魚津市妊婦のインフルエンザ予防接種費用助成金交付決定兼額の確定通知書（様式第5号）又は魚津市妊婦のインフルエンザ予防接種費用助成金不交付決定通知書（様式第6号）により申請者に通知し、交付決定及び額の確定をしたものについて助成金を支払うものとする。

（返還請求）

第11条 市長は、誤り、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あるときは、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。

（健康被害の救済）

第12条 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、その遺族等が、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。

（その他）

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。

（魚津市子ども及び妊婦のインフルエンザ予防接種費用助成事業実施要綱の廃止）

2 魚津市子ども及び妊婦のインフルエンザ予防接種費用助成事業実施要綱（令和6年魚津市告示第150号）は、廃止する。

様式第1号（第8条関係）

魚津市子ども及び妊婦のインフルエンザ予防接種費用助成券
(未就学児・小学生・中学生用)

【助成対象期間】 令和 年 月 日～令和 年 月 日

【助成額】 1枚 上限 3,000 円

※未就学児及び小学生の鼻腔内噴霧については

2枚により上限 6,000 円

【対象医療機関】 別添参照

【持ち物】 母子手帳、居住地の確認ができるもの

(例：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)

〈記入欄〉

【接種者氏名】

【生年月日】

_____ 年 月 日生まれ（ 歳 か月）

【保護者氏名】

【接種区分】

_____ 保護者署名 _____（ 未就学児 ・ 小学生 ・ 中学生 ）

※注意事項

- 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、対象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。
- 接種者の氏名・生年月日を記入欄に記入してください。
- 接種者が未就学児、小学生及び中学生の場合は、保護者の署名が必要です。

〈医療機関記入欄〉

助成対象者であることを確認し、予防接種を実施しました。

【接種年月日】

【鼻腔内噴霧予防接種実施】 ☒

_____ 令和 _____ 年 _____ 月 _____ 日 _____ あり ☐

【医療機関名】

この助成券を受け取った後、医療機関記入欄をご記入の上、翌月15日までに
魚津市健康センターに提出してください。

様式第2号（第8条関係）

魚津市子ども及び妊婦のインフルエンザ予防接種費用助成券
(妊婦用)

【助成対象期間】 令和 年 月 日～令和 年 月 日

【助成額】 上限 3,000 円

【対象医療機関】 市内の対象医療機関
※対象医療機関以外で接種した場合は
様式第4号により申請ください。

【持ち物】 母子手帳、居住地の確認ができるもの

〈記入欄〉

【接種者氏名】

【生年月日】

_____ 年 月 日生まれ（ _____ 歳 ）

※注意事項

- 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、対象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。
- 接種者の氏名・生年月日を記入欄に記入してください。

〈医療機関記入欄〉

助成対象者であることを確認し、予防接種を実施しました。

【接種年月日】

_____ 令和 _____ 年 _____ 月 _____ 日 _____

【医療機関名】

この助成券を受け取った後、医療機関記入欄をご記入の上、翌月15日までに
魚津市健康センターに提出してください。

様式第 3 号（第 9 条関係）

年 月 日

魚津市長

宛

医療機関所在地

医療機関名

代表者名

㊞

魚津市子ども及び妊婦のインフルエンザ予防接種費用助成金請求書

魚津市子ども及び妊婦のインフルエンザ予防接種費用助成金の交付を受けたいので、下記により請求します。

1 請求金額 _____ 円

2 内訳

	接種区分	単価	人数	金額
皮下接種	未就学児	円	人	円
	小学生	円	人	円
	中学生	円	人	円
	妊婦	円	人	円
鼻腔内噴霧	未就学児	円	人	円
	小学生	円	人	円
	中学生	円	人	円

3 振込先口座（初めての医療機関のみ記入）

金融機関名		支店名	
預金種別	1普通 2当座	口座番号	
フリガナ			
口座名義人			

（添付書類）

魚津市子ども及び妊婦のインフルエンザ予防接種費用助成券（様式第 1 号・第 2 号）

様式第 4 号（第10条関係）

年 月 日

魚津市長

宛

魚津市妊婦のインフルエンザ予防接種費用助成金交付申請書兼
請求書

魚津市妊婦のインフルエンザ予防接種費用助成金の交付について、次のとおり申請します。

接種 対象者	フリガナ		生年 月日	年 月 日	
	氏名	㊞			
	現住所	〒			
	電話番号				

接種 内容	予防接種を受けた年月日		年 月 日	
	申請金額		円	
	接種医 療機関	名称		
		所在地		
		電話番号		

振込 先	金融 機関名	金融機関コード					支店コード			
		銀行・信用金庫 信用組合・農協					本店・支店 出張所			
	フリガナ						預金種別	口座番号		
	口座 名義人						1 普通 2 当座			

【添付書類】

☐ 予防接種名、被接種者名、接種費用等の内訳が明記された領収書及び明細書の原本

様式第 5 号（第10条関係）
魚津市指令 第 号

住所
氏名

魚津市妊婦のインフルエンザ予防接種費用助成金交付決定兼額の
確定通知書

年 月 日付けで申請のあった魚津市妊婦のインフルエンザ予防
接種費用助成金について、次のとおり交付の決定及び額の確定をしましたので、
魚津市子ども及び妊婦のインフルエンザ予防接種費用助成事業実施要綱第10条
の規定により通知します。

年 月 日

魚津市長

助成金の額 金 円

様式第 6 号（第10条条関係）
魚津市指令 第 号

住所
氏名

魚津市妊婦のインフルエンザ予防接種費用助成金不交付決定通知書

年 月 日付けで申請のあった魚津市妊婦のインフルエンザ予防接種費用助成金については、審査の結果不交付となりましたので、魚津市子ども及び妊婦のインフルエンザ予防接種費用助成事業実施要綱第10条の規定により通知します。

年 月 日

魚津市長

不交付の理由