

# 津市風しん予防接種費用助成事業実施要綱

平成 2 5 年 6 月 2 0 日訓第 4 1 号

改正 平成 2 6 年 3 月 2 8 日訓第 5 号

(趣旨)

第 1 条 この要綱は、先天性風しん症候群を予防し、及び母子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。）に係る費用（以下「接種費用」という。）を助成すること（以下「助成」という。）に関し必要な事項を定めるものとする。

(対象者)

第 2 条 助成の対象者は、本市の区域内に住所を有する者のうち、次のいずれかに該当するもの（第 1 号に掲げる者にあつては風しん抗体検査の結果が陽性である場合、第 2 号に掲げる者にあつては当該妊娠を予定し、又は希望している女性又は当該同居者の風しん抗体検査の結果が陽性である場合、第 3 号に掲げる者にあつては当該妊婦の風しん抗体検査の結果が陽性である場合を除く。）とする。

- (1) 妊娠を予定し、又は希望している女性
- (2) 妊娠を予定し、又は希望している女性の同居者
- (3) 妊婦の同居者

(助成金の額等)

第 3 条 助成金の額は、接種費用の 2 分の 1 に相当する額（当該額が 5, 0 0 0 円を超えるときは、5, 0 0 0 円）とし、対象者 1 人当たり 1 回に限り、本人（対象者が未成年（既婚者を除く。）の場合にあつては、その保護者）に助成する。

2 前項の規定にかかわらず、対象者が生活保護法（昭和 2 5 年法律第 1 4 4 号）による保護を受けている場合は、接種費用の全額を助成する。

(助成の申請)

第 4 条 助成を受けようとする者は、予防接種を受けた日の属する年度の末日までに、風しん予防接種費用助成申請書（別記様式）に、接種費用に係る領収書を添えて、市長に提出しなければならない。

(助成の決定)

第5条 市長は、前条の規定による提出があった場合は、その内容を審査し、  
適当と認めるときは、助成金の額を決定し、助成金を交付するものとする。

（助成金の返還）

第6条 市長は、偽りその他不正な手段により、助成金の交付を受けた者があ  
るときは、その者から既に交付した助成金の額に相当する金額の全部又は一  
部を返還させることができる。

（委任）

第7条 この要綱に定めるもののほか、必要な事項は、市長が別に定める。

附 則

この訓は、平成25年6月24日から施行し、同月1日から適用する。

附 則（平成26年3月28日訓第5号）

- 1 この訓は、平成26年4月1日から施行する。ただし、附則の改正規定は、  
同年3月31日から施行する。
- 2 改正後の津市風しん予防接種費用助成事業実施要綱の規定は、この訓の施  
行の日以後に受けた予防接種について適用し、同日前に受けた予防接種につ  
いては、なお従前の例による。

別記様式（第4条関係）

風しん予防接種費用助成申請書

年 月 日

（宛先）津市長

申請者

〒

—

住 所

氏 名

⑩

続柄

連絡先電話番号

—

—

風しん予防接種費用の助成を受けたいので、次のとおり申請します。

なお、私（被接種者）は、これまでに風しん予防接種費用助成金について一度も交付申請したことはありません。

また、申請内容について、本市が保有する個人情報を閲覧・調査すること、及び医療機関等に問い合わせることに同意します。

|                           |                    |                                                                |             |
|---------------------------|--------------------|----------------------------------------------------------------|-------------|
| 申請額<br>(請求額)              | 円                  |                                                                |             |
| 被接種者氏名                    |                    | 生年月日                                                           | 年 月 日       |
| 対象区分<br>※該当する欄に○を付けてください。 |                    | 妊娠を予定し、又は希望している女性                                              |             |
|                           |                    | 妊娠を予定し、又は希望している女性の同居者<br>(妊娠を予定し、又は希望している女性の<br>氏名 生年月日 年 月 日) |             |
|                           |                    | 妊婦の同居者<br>(妊婦の氏名 生年月日 年 月 日)                                   |             |
| 接種日                       | 年 月 日              |                                                                |             |
| 予 防 接 種 を<br>受けた医療機関      | 電話 — —             |                                                                |             |
| 振込先金融機関                   | 銀 行<br>農 協<br>信用金庫 |                                                                | 本・支店<br>出張所 |
|                           | 普通 ・ 当座            | 口座番号                                                           |             |
|                           | フリガナ               |                                                                |             |
|                           | 口座名義人              |                                                                |             |

※申請者と口座名義人が異なる場合は、下欄の委任状に申請者の記名・押印が必要となります。

私は、上記の口座名義人に風しん予防接種費用助成金の受取を委任します。

年 月 日

申請者氏名

⑩

【添付書類】 領収書