

只見町風しん抗体検査及び風しん等任意予防接種費用助成事業実施要綱

平成25年9月27日訓令第27号

(目的)

第1条 この要綱は、妊娠を予定又は希望する女性及びその同居家族が風しん抗体検査及び風しん等任意予防接種(以下「風しん予防接種等」という。)を行うことにより、妊娠中の風しんの感染により発生する先天性風しん症候群を予防することを目的とする。

(助成対象者)

第2条 本事業の対象者(以下「助成対象者」という。)は、先天性風しん症候群の予防を目的として、風しんの抗体検査及び風しんの予防接種を希望する只見町内に住所を有する者で、次の各号に該当するものとする。

- (1) 平成25年4月1日から平成25年9月30日までの間に風しん抗体検査又は風しん若しくは、麻しん風しん予防接種を受けた者
- (2) 昭和39年4月2日～平成5年4月1日生まれの女性及び当該女性と同居している者

(助成回数及び助成額)

第3条 助成回数は、風しん抗体検査1回及び風しん予防接種又は麻しん風しん予防接種のいずれか1回とし、別表第1に定める額を上限とし接種費用等の実費を助成する。

(申請)

第4条 助成金の交付を受けようとする者は、只見町風しん抗体検査及び風しん等任意予防接種費用助成金交付申請書兼請求書(様式第1号)により次に掲げる書類を添えて、平成26年3月31日までに町長に提出するものとする。

- (1) 領収書又は検査、接種の実施及び金額を証明できる書類
- (2) その他町長が必要と認める書類

(交付決定等)

第5条 町長は前条の申請があったときは、当該申請の内容を審査の上、助成することが適当と認めるときは、只見町風しん抗体検査及び風しん等任意予防接種費用助成金交付決定(却下)通知書(様式第2号)により申請者に通知するとともに、当該請求に係る支払を決定したときは、速やかに支払うものとする。

(返還)

第6条 町長は、虚偽その他不正な手段により助成を受けた者に対し、助成の決定を取り消し、又は助成した金銭の全部又は一部の返還を命ずることができる。

(委任)

第7条 この要綱に定めるもののほか、必要な事項は町長が別に定める。

附 則

(施行期日)

1 この要綱は、公布の日から施行し、平成25年4月1日から適用する。

(この要綱の失効)

2 この要綱は、平成26年3月31日限り、その効力を失う。ただし、同日までにされた請求については、同日後も、なおその効力を有する。

別表第 1 （第 3 条関係）

内 容	金 額
風しん抗体検査	7, 8 0 0 円
風しん等予防接種	1 1, 0 0 0 円

様式第 1 号（第 4 条関係）

只見町風しん抗体検査及び風しん等任意予防接種費用助成金交付申請書兼請求書

年 月 日

只見町長

申請者 住 所：只見町大字
氏 名：

㊞

只見町風しん抗体検査及び風しん等任意予防接種費用助成事業実施要綱第 4 条の規定により、次のとおり申請（請求）します。なお、申請（請求）の内容について、町が保有する個人情報を閲覧すること及び必要に応じて医療機関へ問い合わせることに同意します。

1. 予防接種を受けた人（申請者（請求者））

フリガナ		性 別	男・女
氏 名			
生年月日及び年齢	年 月 日（ 歳）		
対象者区分	☐ 昭和 39 年 4 月 2 日～平成 5 年 4 月 1 日生まれの女性 ☐ 昭和 39 年 4 月 2 日～平成 5 年 4 月 1 日生まれの女性の同居者		

※ 接種日及び申請日に只見町に住所を有する方が対象となります。

2. 検査又は接種の種類及び額

抗 体 検 査 どちらかに ☒	☐ HI法 ☐ EIA法	接種ワクチン どちらかに ☒	☐ 風しん単独ワクチン ☐ 麻しん風しん混合ワクチン
検査年月日	平成 年 月 日	接種年月日	平成 年 月 日
検査費用(A)	円	接種費用(B)	円
請求額(A)+(B)	円	医療機関名称	

※平成 2 5 年 4 月 1 日から平成 2 5 年 9 月末日まで 検査費用 7,800 円 接種費用 11,000 円が限度額。

3. 振込先

金融機関名	銀行 信用金庫 農協 信用組合		本店 支店
預金の種類	普 通・当 座	フリカナ	
口 座 番 号		口座名義人	

※ 申請者と口座名義人が異なる場合は、下記委任欄に記名・押印の上、申請者（請求者）が確認できる証明書（免許証、保険証の写し等）を添付してください。

私は、上記口座名義人に、本助成金の受け取りを委任します。

年 月 日

申請者（請求者）氏名

㊞

注 添付書類：領収書または領収書の写し

年 月 日

様

只見町長

只見町風しん抗体検査及び風しん等任意予防接種費用助成金交付決定（却下）通知書

先に申請及び請求がありました只見町風しん抗体検査及び風しん等任意予防接種費用助成金について、下記のとおり決定したので、通知します。

記

申請者	住 所	只見町大字	
	氏 名		
支 給	す る	支 給 金 額	円
	しない	不支給の理由	