

茨木市インフルエンザワクチン接種費用助成事業実施要綱

(目的)

第1 この要綱は、インフルエンザワクチンの予防接種（以下「予防接種」という。）に要する費用（以下「接種費用」という。）の一部を助成することにより、予防接種を希望する者の経済的負担の軽減を図り、もってインフルエンザの発症、重症化及び感染拡大を防止することを目的とする。

(助成対象予防接種)

第2 助成の対象となる予防接種は、第5に規定する接種期間内において助成対象者が受ける予防接種とする。

(助成対象者)

第3 助成の対象者は、予防接種を受ける日において住民基本台帳法（昭和42年法律第81号）に基づき本市の住民基本台帳に記録されている者又は本市に居住する市長が特に必要と認める者で次の各号のいずれかに該当する者とする。

- (1) 生後6か月から18歳に達する日の前日の属する年度の末日までの間にある者
- (2) 妊娠している者（母子保健法（昭和40年法律第141号）第15条に基づく妊娠の届出をした者をいう。）

(助成金額及び回数)

第4 助成金の額は、接種の額又は2,000円のいずれか少ない額とする。

- 2 助成の回数は、1人当たり1回を限度とする。ただし、1回目の予防接種を受ける日において13歳未満の者については、1人当たり2回を限度とする。
- 3 健康保険法（大正11年法律第70号）その他の医療保険各法に規定する医療保険から本事業と同様の給付を受けている、又は受けようとする場合は、その給付額を差し引いたものとする。

(接種期間)

第5 助成の対象となる予防接種を受けることができる期間は、市長が別に定めるものとする。

(助成の申請等)

第6 市長の要請に応じて予防接種の実施に協力することを承諾した医療機関（以下「協力医療機関」という。）において予防接種を受け、接種費用の助成を受けようとする者は、予防接種を受ける前に、茨木市インフルエンザワクチン接種費用助成金交付申請書兼委任状（様式第1号）を協力医療機関に提出しなければならない。

- 2 協力医療機関以外の医療機関において予防接種を受け、接種費用の助成を受けようとする者は、予防接種を受けた後、茨木市インフルエンザワクチン接種費用助成

金交付申請書兼請求書（様式第2号）に次に掲げる書類を添付して市長に提出し、助成金の交付の申請及び請求をしなければならない。

- (1) 予防接種を実施した医療機関が発行したインフルエンザワクチン接種済証その他の予防接種を受けたことを証する書面
- (2) 予防接種を実施した医療機関が発行した接種費用の領収書その他の接種費用の支払を証する書面
- (3) その他の市長が必要と認める書面

3 市長は、第1項の規定による茨木市インフルエンザワクチン接種費用助成金交付申請書兼委任状の提出があったときは、その内容を審査し、適当と認めた者について助成する。

4 市長は、第2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、申請者に対し、茨木市インフルエンザ接種費用助成金交付（不交付）決定通知書（様式第3号）により通知するものとする。

5 前項の場合において、市長は、助成金の交付決定をしたときは、申請者に対し当該助成金を交付する。

（助成金の交付の方法）

第7 助成金の交付は、次の各号に掲げる者の区分に応じ、当該各号に定める方法により行うものとする。

- (1) 第6第1項に規定する者 当該医療機関への支払
- (2) 第6第2項に規定する者 申請者への償還払

（助成金の返還等）

第8 市長は、助成金の交付を受ける者あるいは受けた者が次の各号のいずれかに該当するときは、助成金を交付せず、若しくは減額し、又は全部若しくは一部を返還させることができる。

- (1) この要綱に違反したとき。
- (2) 虚偽その他不正な行為により助成を受け、又は受けようとしたとき。
- (3) その他市長が不相当と認めたとき。

（その他）

第9 この要綱に定めのない事項については、市長が別に定める。

附 則

（実施期日）

1 この要綱は、令和5年10月1日から実施する。

（この要綱の失効）

- 2 この要綱は、茨木市インフルエンザワクチン接種費用助成金事務が終了した日に、その効力を失う。

茨木市インフルエンザワクチン接種費用助成金交付申請書兼請求書

（提出先）茨木市長

次のとおり、茨木市インフルエンザワクチン接種費用助成金の交付を関係書類を添えて申請します。
 なお、助成金の交付の決定があったときは、当該助成金を請求します。

申請日		年 月 日			
申請者	フリガナ				
	氏 名	— —			
	住 所	茨木市 (被接種者との続柄：)			
被接種者	フリガナ				
	氏 名				
	生年月日	年 月 日	年 月 日	年 月 日	
	1回目	接 種 日	年 月 日 (歳 か月)	年 月 日 (歳 か月)	年 月 日 (歳 か月)
		医療機関名			
		申請金額	円	円	円
	2回目	接 種 日	年 月 日 (歳 か月)	年 月 日 (歳 か月)	年 月 日 (歳 か月)
		医療機関名			
		申請金額	円	円	円
合 計 金 額			円		

助成金の交付を決定したときは、次の口座へ振り込んでください。

(申請者 振込先 口座名義)	金融機関名	銀行 金庫 農協	店 名	本店 支店 出張所
	預金種別	普通 ・ 当座		フリガナ
	口座番号	左 詰 め		口座名義

〔誓約・同意〕

上記の申請額については、健康保険法（大正11年法律第70号）その他の医療保険各法に規定する医療保険から本事業と同様の給付を受けている、又は受けようとする場合は、その給付額を差し引いたものに間違いありません。また、審査のため、私及び被接種者の住民基本台帳及び医療機関等における情報を茨木市長が閲覧することに同意します。

申請者

㊞

(※自署の場合は押印不要です)

茨木市指令 第 号

住 所
氏 名 様

茨木市インフルエンザワクチン接種費用助成金
交付（不交付）決定通知書

年 月 日付けで申請のあった茨木市インフルエンザ
ワクチン接種費用助成金について、次のとおり決定しましたので通知します。

1 被接種者氏名

2 決定の内容 交 付

不 交 付
(理由)

3 交付決定額 円

4 交付予定日 年 月 日

※ 振込日が10日程度遅れる場合があります。交付予定日から2週間以上過ぎても振込みを確認できない場合は、茨木市こども育成部子育て支援課（電話： ）までご連絡ください。

5 その他

次のいずれかに該当するときは、助成金の全部又は一部を返還していただくことがありますのでご留意ください。

- (1) 茨木市インフルエンザワクチン接種費用助成事業実施要綱の規定に違反したとき。
- (2) 虚偽その他不正な行為により助成を受け、又は受けようとしたとき。
- (3) その他市長が不相当と認めたとき。

年 月 日

茨木市長

印