

令和 8 年度砥部町子どもインフルエンザ予防接種費用助成事業実施
要綱

令和 8 年 7 月 2 日

砥部町告示第 153 号

(目的)

第 1 条 この告示は、インフルエンザワクチンを接種する子どもに対し、予算の範囲内で予防接種費用の一部を助成することにより、保護者の安心確保と経済的な負担軽減を図るためのインフルエンザ予防接種費用助成事業の実施に関し必要な事項を定めることを目的とする。

(対象者)

第 2 条 この予防接種の対象者（以下「助成対象者」という。）は、接種日時点で町内に住民登録があり、実施する年度の 12 月 31 日現在、生後 6 か月以上、高校 3 年生に相当する年齢までの者とする。

(指定医療機関)

第 3 条 町長は、この事業の実施に係る協力を申し出た医療機関のうちから事業に協力するもの（以下「指定医療機関」という。）を指定するものとする。

2 前項の指定を受けようとする医療機関は、令和 8 年度砥部町子どもインフルエンザ予防接種費用助成事業の実施に係る同意書(様式第 1 号)を町長に提出するものとする。

(助成期間)

第 4 条 この予防接種に係る費用の助成期間は、指定医療機関と協議の上、決定するものとする。

(助成回数)

第 5 条 助成回数は、同一人につき事業実施年度当たり 1 回を限度とする。ただし、予防接種日における年齢が 13 歳未満の者については、2 回を限度とする。

(助成額)

第 6 条 助成額は、助成対象者に対し、予防接種 1 回当たり 1,000 円とする。

(実施方法)

第7条 助成対象者は、指定医療機関において予防接種を受ける際に、令和8年度砥部町子どもインフルエンザ予防接種費用助成申請書兼委任状(様式第2号。以下「助成申請書」という。)を提出するものとする。

2 助成申請書の提出を受けた指定医療機関は、助成対象者の本人確認を行った上で予防接種を実施し、予防接種費用から前条に規定する助成金額を差し引いた金額を助成対象者に請求するものとする。

(助成金の請求)

第8条 指定医療機関は、1月ごとに受領した助成申請書を取りまとめ、受領した月の翌月の10日までに、令和8年度砥部町子どもインフルエンザ予防接種費用助成事業の実施に係る助成金請求書(様式第3号)により町長に請求するものとする

2 町長は、前項の請求書を受領した場合は、その内容を審査し、適正と認めたときは、速やかに請求金額を支払うものとする。

(助成金の返還)

第9条 町長は、助成対象者が偽りその他不正な手段により助成金の交付を受けたときは、当該助成金の返還を命ずるものとする。

(実施方法の特例)

第10条 第7条の規定にかかわらず、助成対象者が指定医療機関で助成を受けられなかった場合又は指定医療機関以外の医療機関においてこの予防接種を受けた場合は、助成対象者の保護者の申請に基づき、償還払いの方法により第6条に規定する額を助成するものとする。

2 前項の規定により助成を受けようとする者は、接種日の属する年度の末日までに、令和8年度砥部町子どもインフルエンザ予防接種事業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付して町長に申請しなければならない。

(1) 助成対象者の接種記録が確認できる母子健康手帳、予防接種済証又は接種済みの記載がある予診票等の写し

(2) 接種を受けた医療機関が発行した領収書（助成対象者の氏名、接種日、ワクチン名、料金、領収印及び医療機関名がわかるもの）

3 町長は、前項の規定による申請があった場合は、これを審査し、適当と認めたときは、申請者から指定された金融機関の口座に振り込む方法により助成金を支給するものとする。

（健康被害）

第 11 条 町長は、被接種者に予防接種に起因する健康被害が生じた場合、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) 及び砥部町予防接種事故災害補償規程（平成 17 年砥部町告示第 8 号）の定めにより必要な措置を講ずるものとする。

（連絡協議）

第 12 条 町及び指定医療機関は、事業の円滑な実施を図るため相互に連絡をとり、必要に応じて協議するものとする。

（委任）

第 13 条 この告示に定めるもののほか、事業の実施に関し必要な事項は、町長が別に定める。

附 則

この告示は、公表の日から施行する。

様式第1号（第3条関係）

令和8年度砥部町子どもインフルエンザ予防接種費用助成事業の実施に係る
同意書

年 月 日

砥部町長 様

医 療 機 関 （〒 ー ）
所 在 地

医療機関名

代 表 者
(署名又は記名押印)

電 話 番 号

当医療機関は、砥部町子どもインフルエンザ予防接種費用助成事業（以下「事業」という。）に関する下記の事項について同意します。

記

- 1 事業に協力し、町の定めた実施方法に沿って事業を実施すること。
- 2 事業の実施に関し、当医療機関の情報が砥部町のホームページ等に掲載されること。

様式第2号（第7条関係）

令和8年度砥部町子どもインフルエンザ予防接種費用助成申請書兼委任状

年 月 日

砥部町長 様

保護者 住所

氏名

（署名又は記名押印）

砥部町子どもインフルエンザ予防接種費用助成を受けたいので申請します。

なお、この助成金の請求及び受領については、接種を受けた医療機関に委任します。

住 所	砥部町
助 成 対 象 者 氏 名 (接種を受ける人)	ふりがな
生 年 月 日	年 月 日生 (歳)
接 種 回 数	1回目 ・ 2回目 ※どちらかに○をつけて下さい。
助 成 金 額	接種1回につき 1, 0 0 0円
接 種 医 療 機 関 名	

備考

助成対象者の住民登録が砥部町にない場合は、助成の対象になりません。

【医療機関記入欄】

接種年月日	年 月 日		
Lot 番号		医療機関名	

様式第3号（第8条関係）

令和8年度砥部町子どもインフルエンザ予防接種費用助成事業の実施
に係る助成金請求書

年 月 日

砥部町長 様

所 在 地
医療機関名
代 表 者 名

砥部町子どもインフルエンザ予防接種費用助成事業の実施に係る助成金について、
次のとおり請求します。

請求金額 _____ 円

内 訳 （ 年 月実施分）

単価（円）	件数	金額（円）
1,000		

振込先口座	銀行 信用金庫 組 合	本店 支店 出張所	普通 当座
	口座番号	(フリガナ) 口座名義人	

※ 令和8年度砥部町子どもインフルエンザ予防接種費用助成申請書兼委任状（様式第2号）を添付してください。

(表)

様式第 4 号（第 10 条関係）

令和 8 年度砥部町子どもインフルエンザ予防接種費用助成事業助成金
交付申請書兼請求書

年 月 日

砥部町長 様

申請者(請求者)

住 所

氏 名

㊞

助成対象者
との続柄

電 話 番 号

令和 8 年度砥部町子どもインフルエンザ予防接種事業実施要綱第 10 条の規定によ
り、次のとおり申請するとともに請求します。

助 成 対 象 者	フリガナ		生年月日	接種回数 どちらかに○
	氏 名		年 月 日	1 回 ・ 2 回
	フリガナ		年 月 日	1 回 ・ 2 回
	氏 名			
	フリガナ		年 月 日	1 回 ・ 2 回
	氏 名			
	フリガナ		年 月 日	1 回 ・ 2 回
	氏 名			
	現 住 所	☐ 申請者 と同じ	〒	
	接種医療機関	名 称		
申請(請求)金額	1,000円× 合計接種回数	円		

(裏)

私が受領する助成金について、下記指定口座への振込を依頼します。

振込先口座	金融機関名	銀行 信用金庫 農協								本店 支店 支所
		金融機関コード					支店番号			
	預金種別	普通・当座								
	口座番号									
	フリガナ									
	口座名義人									

申請者(請求者)と口座名義人が異なる場合、下記受領委任欄に記入してください。

受 領 委 任 状
私は、上記口座名義人に助成金の受領に関する一切の権限を委任します。 年 月 日 申請者氏名（署名又は記名押印）

【添付書類】

- 1 助成対象者の接種記録が確認できる母子健康手帳、予防接種済証又は接種済みの記載がある予診票等の写し
- 2 接種を受けた医療機関が発行した領収書（助成対象者の氏名、接種日、ワクチン名、料金、領収印及び医療機関名がわかるもの）※原本に限る。