

東かがわ市告示第97号

東かがわ市インフルエンザ予防接種実施要綱の一部を改正する告示を次のように定める。

令和7年7月11日

東かがわ市長 上村 一郎

東かがわ市インフルエンザ予防接種実施要綱の一部を改正する告示

東かがわ市インフルエンザ予防接種実施要綱（平成25年東かがわ市告示第67号）の一部を次のように改正する。

次の表の改正前の欄に掲げる規定を同表の改正後の欄に掲げる規定に下線で示すように改正する。

改正後	改正前
（自己負担金） 第6条 実施医療機関において予防接種を受けた者は、当該実施医療機関に自己負担金（以下「負担金」という。）として<u>1,500円</u>を支払うものとする。 （負担金の免除） 第7条 略 2 <u>前項第1号に該当する者は、予防接種を受ける際に、当該事項を証する書類の原本又は写しを実施医療機関に提出しなければならない。</u> 3 <u>第1項第2号に該当する者は、次条、第9条及び第10条の規定に基づき免除を受けるものとする。</u> （住民税非課税世帯確認申請及び決定） 第8条 <u>前条第1項第2号の規定により負担金の免除を受けようとする者は、予防接種を受ける前に東かがわ市インフルエンザ予防接種住民税非課税世帯確認申請書（様式第2号。以下この条において「申請書」という。）を市長に提出し、確認を受けるものとする。</u> 2 略 3 市長は申請書の提出があった場合、<u>前条第1項第2号に規定する者と確認したときは、東かがわ市インフルエンザ予防接種住民税非課税世帯確認通知書（様式第4号。以下「通知書」という。）により申請者に通知するものとする。</u> 4 <u>前項の規定により予防接種に係る住民税非課税世帯の決定を受けた者は、予防接種を受ける際に実施医療機関に前項の通知書を提出しなければ</u>	（自己負担金） 第6条 実施医療機関において予防接種を受けた者は、当該実施医療機関に自己負担金（以下「負担金」という。）として<u>1,200円</u>を支払うものとする。 （負担金の免除） 第7条 略 （負担金の免除申請及び決定） 第8条 <u>前条の規定により負担金の免除を受けようとする者は、予防接種を受ける前に東かがわ市インフルエンザ予防接種自己負担免除対象者確認申請書（様式第2号。以下この条において「申請書」という。）を市長に提出し、要件に該当する者であることの確認を受けるものとする。</u> 2 略 3 市長は申請書の提出があった場合は、<u>その内容を審査し、申請者が前条各号のいずれかに該当すると確認したときは、東かがわ市インフルエンザ予防接種自己負担免除確認通知書（様式第4号。以下「通知書」という。）により申請者に通知するものとする。</u> 4 <u>前項の規定により予防接種に係る負担金免除の決定を受けた者は、予防接種を受ける際に実施医療機関に前項の通知書を提出しなければならない</u>

改正後	改正前																															
ならない。	い。																															
5 略	5 略																															
様式第2号（第8条関係）	様式第2号（第8条関係）																															
東かがわ市インフルエンザ予防接種 住民税非課税世帯確認申請書	東かがわ市インフルエンザ予防接種自己負担免除対象者確認申請書																															
東かがわ市長 様	東かがわ市長 様																															
インフルエンザ予防接種の自己負担金の免除のための住民税非課税世帯確認通知書の発行を申請します。	インフルエンザ予防接種の自己負担金の免除のための自己負担免除確認書の発行を申請します。																															
なお、確認のため、世帯員の課税状況に関する情報につき、東かがわ市が確認することに同意します。	なお、確認のため、世帯員の課税状況、生活保護受給状況に関する情報につき、東かがわ市が確認することに同意します。																															
※接種時の年齢が満60歳以上満65歳未満の方は、障害要件（※3）に該当する場合のみ申請ができます。	※接種時の年齢が満60歳以上満65歳未満の方は、障害要件（※3）に該当する場合のみ申請ができます。																															
年 月 日	年 月 日																															
<table><thead><tr><th>申請の区分</th><th>①住民税非課税世帯</th><th>②生活保護世帯</th></tr></thead><tbody><tr><td rowspan="3">対象者 (予防接種を受ける方)</td><td>ふりがな</td><td>生 年 月 日</td></tr><tr><td>氏 名</td><td>年 月 日</td></tr><tr><td>住 所</td><td>東かがわ市 (〒 - -)</td></tr><tr><td rowspan="3">申請者 (窓口に来られた方)</td><td>ふりがな</td><td>生 年 月 日</td></tr><tr><td>氏 名</td><td>年 月 日</td></tr><tr><td>住 所</td><td>東かがわ市 (〒 - -)</td></tr></tbody></table>	申請の区分	①住民税非課税世帯	②生活保護世帯	対象者 (予防接種を受ける方)	ふりがな	生 年 月 日	氏 名	年 月 日	住 所	東かがわ市 (〒 - -)	申請者 (窓口に来られた方)	ふりがな	生 年 月 日	氏 名	年 月 日	住 所	東かがわ市 (〒 - -)	<table><tbody><tr><td rowspan="3">対象者 (予防接種を受ける方)</td><td>ふりがな</td><td>生 年 月 日</td></tr><tr><td>氏 名</td><td>年 月 日</td></tr><tr><td>住 所</td><td>東かがわ市 (〒 - -)</td></tr><tr><td rowspan="3">申請者 (窓口に来られた方)</td><td>ふりがな</td><td>生 年 月 日</td></tr><tr><td>氏 名</td><td>年 月 日</td></tr><tr><td>住 所</td><td>東かがわ市 (〒 - -)</td></tr></tbody></table>	対象者 (予防接種を受ける方)	ふりがな	生 年 月 日	氏 名	年 月 日	住 所	東かがわ市 (〒 - -)	申請者 (窓口に来られた方)	ふりがな	生 年 月 日	氏 名	年 月 日	住 所	東かがわ市 (〒 - -)
申請の区分	①住民税非課税世帯	②生活保護世帯																														
対象者 (予防接種を受ける方)	ふりがな	生 年 月 日																														
	氏 名	年 月 日																														
	住 所	東かがわ市 (〒 - -)																														
申請者 (窓口に来られた方)	ふりがな	生 年 月 日																														
	氏 名	年 月 日																														
	住 所	東かがわ市 (〒 - -)																														
対象者 (予防接種を受ける方)	ふりがな	生 年 月 日																														
	氏 名	年 月 日																														
	住 所	東かがわ市 (〒 - -)																														
申請者 (窓口に来られた方)	ふりがな	生 年 月 日																														
	氏 名	年 月 日																														
	住 所	東かがわ市 (〒 - -)																														
本人確認【 免 ・ マイ ・ パス ・ 保 ・ 年 ・ その他 () 】	本人確認【 免 ・ マイ ・ パス ・ 保 ・ 年 ・ その他 () 】																															
※1 同一世帯でない方が申請する場合は、「委任状」が別途必要です。	※1 同一世帯でない方が申請する場合は、「委任状」が別途必要です。																															
※2 所得がなくとも、申告していない方は税務課等で申告していただくことがあります。	※2 所得がなくとも、申告していない方は税務課等で申告していただくことがあります。																															
※3 障害要件：心臓、腎臓もしくは呼吸器の機能又はヒト免疫不全ウイルスによる免疫機能の障害で障害者手帳1級程度	※3 障害要件：心臓、腎臓もしくは呼吸器の機能又はヒト免疫不全ウイルスによる免疫機能の障害で障害者手帳1級程度																															
※4 年1月1日時点での住所が東かがわ市以外の場合は、「同意書」への署名が別途必要となります。	※4 年1月1日時点での住所が東かがわ市以外の場合は、「同意書」への署名が別途必要となります。																															

改正後				改正前			
様式第4号（第8条関係）				様式第4号（第8条関係）			
東かがわ市インフルエンザ予防接種 住民税非課税世帯確認通知書				東かがわ市インフルエンザ予防接種自己負担免除確認通知書			
下記の者が、年度インフルエンザ予防接種の住民税非課税世帯対象者であることを確認しました。				下記の者が、年度インフルエンザ予防接種の自己負担免除対象者であることを確認しました。			
令和 年 月 日				年 月 日			
東かがわ市長 上村 一郎				東かがわ市長			
対象者	ふりがな		生 年 月 日	自己負担免除者	ふりがな		生年月日
	氏 名		年 月 日		氏 名		明・大・昭 年 月 日
	住 所	東かがわ市 (〒 - -)			住 所	東かがわ市 (〒 - -)	
○この確認書は接種当日、必ず受診する医療機関等にご持参ください。 ○この確認書に公印がない場合は、無効です。				○この確認書は接種当日、必ず受診する医療機関等にご持参ください。 ○この確認書に公印がない場合は、無効です。			
医療機関の方へ：インフルエンザ予防接種予診票にこの確認書を添付してご請求ください。				医療機関の方へ：インフルエンザ予防接種予診票にこの確認書を添付してご請求ください。			

改正後	改正前																																														
様式第5号（第9条関係） 東かがわ市インフルエンザ予防接種費用給付金支給申請書 年 月 日 東かがわ市長 様 住 所 東かがわ市 (申請者) 氏 名 印 電話番号 インフルエンザ予防接種に係る給付金の支給を受けたいので、東かがわ市インフルエンザ予防接種実施要綱第9条第2項に基づき、次のとおり申請します。 <table border="1"> <tr> <td>フリガナ</td> <td></td> <td>生年月日</td> <td>年 月 日</td> </tr> <tr> <td>氏 名</td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td rowspan="2">申請の内訳</td> <td>予防接種日</td> <td colspan="2">金 額</td> </tr> <tr> <td>年 月 日</td> <td colspan="2">1,500円</td> </tr> <tr> <td>予防接種を受けた医療機関の名称</td> <td colspan="3"></td> </tr> <tr> <td>備 考</td> <td colspan="3"></td> </tr> </table> 申請用添付書類 ① インフルエンザワクチン接種をした医療機関の領収書 (1) 被接種者氏名 (2) 接種年月日 (3) 領収金額 (4) 医療機関の名称 (5) 領収印が記載されていること ② 医療機関から発行される「東かがわ市インフルエンザ予防接種済証」の写し ③ 東かがわ市インフルエンザ予防接種住民税非課税世帯確認通知書又は生活保護受給証明書	フリガナ		生年月日	年 月 日	氏 名				申請の内訳	予防接種日	金 額		年 月 日	1,500円		予防接種を受けた医療機関の名称				備 考				様式第5号（第9条関係） 東かがわ市インフルエンザ予防接種費用給付金支給申請書 年 月 日 東かがわ市長 様 住 所 東かがわ市 (申請者) 氏 名 電話番号 インフルエンザ予防接種に係る給付金の支給を受けたいので、東かがわ市インフルエンザ予防接種実施要綱第9条第2項に基づき、次のとおり申請します。 <table border="1"> <tr> <td>フリガナ</td> <td></td> <td>生年月日</td> <td>年 月 日</td> </tr> <tr> <td>氏 名</td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td rowspan="2">申請の内訳</td> <td>予防接種日</td> <td colspan="2">金 額</td> </tr> <tr> <td>年 月 日</td> <td colspan="2">1,200円</td> </tr> <tr> <td>予防接種を受けた医療機関の名称</td> <td colspan="3"></td> </tr> <tr> <td>備 考</td> <td colspan="3"></td> </tr> </table> 申請用添付書類 ① インフルエンザワクチン接種をした医療機関の領収書 (1) 被接種者氏名 (2) 接種年月日 (3) 領収金額 (4) 医療機関の名称 (5) 領収印が記載されていること ② 医療機関から発行される「東かがわ市インフルエンザ予防接種済証」の写し ③ 東かがわ市インフルエンザ予防接種自己負担免除確認通知書	フリガナ		生年月日	年 月 日	氏 名				申請の内訳	予防接種日	金 額		年 月 日	1,200円		予防接種を受けた医療機関の名称				備 考			
フリガナ		生年月日	年 月 日																																												
氏 名																																															
申請の内訳	予防接種日	金 額																																													
	年 月 日	1,500円																																													
予防接種を受けた医療機関の名称																																															
備 考																																															
フリガナ		生年月日	年 月 日																																												
氏 名																																															
申請の内訳	予防接種日	金 額																																													
	年 月 日	1,200円																																													
予防接種を受けた医療機関の名称																																															
備 考																																															

改正後															改正前														
様式第7号（第10条関係）															様式第7号（第10条関係）														
東かがわ市インフルエンザ予防接種費用給付金請求書															東かがわ市インフルエンザ予防接種費用給付金請求書														
年 月 日															年 月 日														
東かがわ市長 様															東かがわ市長 様														
住 所 東かがわ市															住 所 東かがわ市														
氏 名 印															氏 名 印														
次のとおりインフルエンザ予防接種に係る給付金を請求します。															次のとおりインフルエンザ予防接種に係る給付金を請求します。														
1 請求金額 金 1,500円															1 請求金額 金 1,200円														
2 振込先															2 振込先														
金融機関名		銀 行 農 協										支 店 支 所			金融機関名		銀 行 農 協										支 店 支 所		
預金種別		当座・普通		口座 番号											預金種別		当座・普通		口座 番号										
(フリガナ)															(フリガナ)														
口座名義															口座名義														

附 則
この告示は、令和7年10月1日から施行する。