

知多市告示第103号

知多市予防接種費補助金交付要綱（令和6年知多市告示第83号）の一部を次のように改正する。

令和6年8月30日

知多市長 宮 島 壽 男

第3条中「住所を有する者」を「住民登録をしている者」に改める。

第4条の見出し中「インフルエンザ予防接種」を「インフルエンザ又は新型コロナウイルス感染症予防接種」に改め、同条中「住所を有する者」を「住民登録をしている者」に、「インフルエンザ予防接種」を「インフルエンザ又は新型コロナウイルス感染症予防接種」に改める。

第6条第2項を次のように改める。

2 前項において接種対象者が被生活保護世帯に属する場合を除き、予防接種の種類が、インフルエンザ予防接種である場合は自己負担分1,000円を、新型コロナウイルス感染症予防接種である場合は自己負担分2,000円を控除した額とする。

別表中「（被生活保護世帯に属する場合）」を削り、「インフルエンザ（上記以外）」を「新型コロナウイルス感染症」に改め、「4,060円」を「15,300円」に改める。

第1号様式その2を次のように改める。

第1号様式（第7条関係）その2

（表面）

知多市予防接種費補助対象者認定申請書

年 月 日

知 多 市 長 様

施設等所在地

申請者 施設等名
職・氏名

別紙接種希望者のインフルエンザ又は新型コロナウイルス感染症予防接種費用の補助を受けたいので、知多市予防接種費補助金交付要綱第7条の規定により、次のとおり申請します。

滞 在 地 住 所	
申 請 理 由	
実施医療機関等名	
	電話番号 — —

※ 申請者 は、別紙接種希望者から、別添委任状により知多市予防接種費補助の対象者認定申請、交付申請及び補助金受領に関する権限を受任しております。

(裏面)

インフルエンザ又は新型コロナウイルス感染症予防接種希望者

種類 (※1)	ふりがな 被接種者氏名	生年月日	住 所	※2
<input type="checkbox"/> インフルエンザ				
<input type="checkbox"/> 新型コロナウイルス感染症				
<input type="checkbox"/> インフルエンザ				
<input type="checkbox"/> 新型コロナウイルス感染症				
<input type="checkbox"/> インフルエンザ				
<input type="checkbox"/> 新型コロナウイルス感染症				
<input type="checkbox"/> インフルエンザ				
<input type="checkbox"/> 新型コロナウイルス感染症				
<input type="checkbox"/> インフルエンザ				
<input type="checkbox"/> 新型コロナウイルス感染症				
<input type="checkbox"/> インフルエンザ				
<input type="checkbox"/> 新型コロナウイルス感染症				
<input type="checkbox"/> インフルエンザ				
<input type="checkbox"/> 新型コロナウイルス感染症				
<input type="checkbox"/> インフルエンザ				
<input type="checkbox"/> 新型コロナウイルス感染症				
<input type="checkbox"/> インフルエンザ				
<input type="checkbox"/> 新型コロナウイルス感染症				
<input type="checkbox"/> インフルエンザ				
<input type="checkbox"/> 新型コロナウイルス感染症				
<input type="checkbox"/> インフルエンザ				
<input type="checkbox"/> 新型コロナウイルス感染症				
<input type="checkbox"/> インフルエンザ				
<input type="checkbox"/> 新型コロナウイルス感染症				
<input type="checkbox"/> インフルエンザ				
<input type="checkbox"/> 新型コロナウイルス感染症				

※1 複数選択可能です。

※2 生活保護受給者の方は、○をつけてください。

第4号様式その2を次のように改める。

第4号様式（第9条関係）その2

（表面）

知多市 指令 第 号
年 月 日

様

知多市長

印

知多市予防接種費補助対象者認定通知書

年 月 日付けで申請のありました別紙接種希望者のインフルエンザ又は新型コロナウイルス感染症予防接種に係る知多市予防接種費補助対象者認定については、知多市予防接種費補助金交付要綱第9条の規定により、本通知に記載のある内容でインフルエンザ又は新型コロナウイルス感染症予防接種を受けた場合に、補助金の交付を申請する資格があることを認定したので通知します。

被接種者氏名	別紙名簿のとおり
被接種者生年月日	
被接種者住所	
予防接種実施施設名	
有効期限	年 月 日までに接種を受けてください。 期限後の接種は無効となります。

同封の予防接種予診票と「予防接種実施依頼書」（実施医療機関等宛）を持参して、インフルエンザ又は新型コロナウイルス感染症予防接種を受けてください。

補助金の交付を申請するためには、接種後に補助金交付申請書の提出が必要となります。同封の「補助金交付申請書」に予防接種予診票と接種に要した金額のわかる領収書を添えて接種した日の翌月末までに健康推進課へ提出してください。

(裏面)

インフルエンザ又は新型コロナウイルス感染症予防接種希望者

種類	ふりがな 被接種者氏名	生年月日	住 所	※
<input type="checkbox"/> インフルエンザ				
<input type="checkbox"/> 新型コロナウイルス感染症				
<input type="checkbox"/> インフルエンザ				
<input type="checkbox"/> 新型コロナウイルス感染症				
<input type="checkbox"/> インフルエンザ				
<input type="checkbox"/> 新型コロナウイルス感染症				
<input type="checkbox"/> インフルエンザ				
<input type="checkbox"/> 新型コロナウイルス感染症				
<input type="checkbox"/> インフルエンザ				
<input type="checkbox"/> 新型コロナウイルス感染症				
<input type="checkbox"/> インフルエンザ				
<input type="checkbox"/> 新型コロナウイルス感染症				
<input type="checkbox"/> インフルエンザ				
<input type="checkbox"/> 新型コロナウイルス感染症				
<input type="checkbox"/> インフルエンザ				
<input type="checkbox"/> 新型コロナウイルス感染症				
<input type="checkbox"/> インフルエンザ				
<input type="checkbox"/> 新型コロナウイルス感染症				
<input type="checkbox"/> インフルエンザ				
<input type="checkbox"/> 新型コロナウイルス感染症				
<input type="checkbox"/> インフルエンザ				
<input type="checkbox"/> 新型コロナウイルス感染症				
<input type="checkbox"/> インフルエンザ				
<input type="checkbox"/> 新型コロナウイルス感染症				
<input type="checkbox"/> インフルエンザ				
<input type="checkbox"/> 新型コロナウイルス感染症				
<input type="checkbox"/> インフルエンザ				
<input type="checkbox"/> 新型コロナウイルス感染症				
<input type="checkbox"/> インフルエンザ				
<input type="checkbox"/> 新型コロナウイルス感染症				
<input type="checkbox"/> インフルエンザ				
<input type="checkbox"/> 新型コロナウイルス感染症				
<input type="checkbox"/> インフルエンザ				
<input type="checkbox"/> 新型コロナウイルス感染症				

※ 生活保護受給者の方には、○をつけています。

第7号様式その2を次のように改める。

第7号様式（第10条関係）その2

知多市予防接種費補助金交付申請書兼実績報告書

年 月 日

知 多 市 長 様

申 請 者 住 所

職 ・ 氏 名

電 話 番 号

年 月 日付け知多市 指令 第 号で補助対象者として認定通知のあった知多市予防接種費補助金について、知多市予防接種費補助金交付要綱第10条の規定により、添付書類を添えて次のとおり申請します。

申 請 額	金 円
被 生 活 保 護 受 給 者 の 単 価	単価は、接種にかかった費用又は 円のどちらか 低い方の金額となります。
上 記 以 外 の 単 価	単価は、接種にかかった費用から 円を控除した 金額又は 円のどちらか低い方の金額となります。
添付書類	① 予防接種予診票 ② 領収書（接種に要した金額のわかるもの）

注 施設等の場合は、その所在地と施設等の名称を記入してください。

附 則

この要綱は、令和6年9月1日から施行する。