

## 浦安市規則第22号

### 浦安市帯状疱疹予防接種の費用の助成に関する規則

(目的)

**第1条** この規則は、<sup>ほうしん</sup>帯状疱疹の予防接種に要した費用に対して助成金を交付することで、助成対象者の経済的な負担を軽減することを目的とする。

(対象者)

**第2条** 助成の対象者は、次の各号のいずれにも該当する者とする。

- (1) 本市に居住し、かつ、本市の住民基本台帳に記録されている者で、予防接種の接種日において50歳以上である者
- (2) 市長が別に指定する医療機関（以下「指定医療機関」という。）において接種しようとする者

(助成額等)

**第3条** 助成額は、次の各号に掲げる区分に応じ、当該各号に定める額又は実際に要した費用の額のうちいずれか少ない方の額とする。

- (1) 乾燥弱毒生水痘ワクチン 2,000円
- (2) 乾燥組換え帯状疱疹ワクチン 5,000円

2 助成は、1人につき、次の各号に掲げる区分に応じ、当該各号に定める回数までとし、当該各号に掲げるワクチンのいずれか1種類とする。

- (1) 乾燥弱毒生水痘ワクチン 1回
- (2) 乾燥組換え帯状疱疹ワクチン 2回

(指定医療機関での接種による助成の申請等)

**第4条** 助成対象者は、浦安市帯状疱疹予防接種費用助成金交付申請書（別記第1号様式）を指定医療機関を経由して、市長に提出するとともに、助成金の受領の権限を当該指定医療機関に委任するものとする。この場合において、助成対象者は、当該指定医療機関に対し、予防接種費用から助成額を減じた額を支払うものとする。

2 指定医療機関は、原則として毎月10日までにその前月の助成金について、浦安市帯状疱疹予防接種費用助成金代理請求書（別記第2号様式）により、

市長に請求するものとする。

(助成の決定等)

**第5条** 市長は、前条の規定による申請及び請求があったときは、その内容を審査し、助成の可否を決定する。

2 市長は、助成の決定をしたときは、当該決定に係る指定医療機関からの請求に基づき、助成金を当該指定医療機関に支払うものとする。

(決定取消し及び返還)

**第6条** 市長は、偽りその他不正の手段により助成金の支払を受けた者があるときは、当該助成の決定を取り消すことができる。

2 市長は、前項の規定により、助成の決定を取り消した場合において、当該取消しに係る部分に関し、既に助成を受けているときは、その返還を命じるものとする。

(補則)

**第7条** この規則に定めるもののほか、带状疱疹予防接種の費用の助成に関し必要な事項は、市長が別に定める。

## 附 則

この規則は、令和6年4月1日から施行する。

別 記

第 1 号様式 (第 4 条第 1 項)

浦安市帯状疱疹予防接種費用助成金交付申請書

年 月 日

(宛先) 浦安市長

帯状疱疹予防接種の費用の助成を受けたいので、浦安市帯状疱疹予防接種の費用の助成に関する規則第 4 条第 1 項の規定により、申請します。

フリガナ	セイ		メイ	
申請者 (被接種者氏名)	姓		名	
生 年 月 日	年 月 日		<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女 <small>(<input type="checkbox"/>に✓してください。)</small>	
住 所				
電 話 番 号				
接種医療機関名				
予防接種の種類 <small>(<input type="checkbox"/>に✓してください。)</small>	<input type="checkbox"/> 乾燥弱毒生水痘ワクチン ビケン (生ワクチン)		<input type="checkbox"/> 乾燥組換え帯状疱疹ワクチン シングリックス (不活化ワクチン)	
助 成 の 回 数 <small>(<input type="checkbox"/>に✓してください。)</small>	1 回目		<input type="checkbox"/> 1 回目	<input type="checkbox"/> 2 回目
助 成 額	上限 2,000 円		上限 5,000 円	上限 5,000 円
接 種 年 月 日	年 月 日			
私は、浦安市帯状疱疹予防接種費用助成金の受領の権限を上記の接種医療機関に委任します。  <p style="text-align: right;">氏名 _____</p>				

※医療機関記入欄

身分証明書による本人確認 ※確認後、に✓してください。

ワクチンロット番号：	接種年月日： 年 月 日
接種医療機関名：	接種費用： 円

第 2 号様式 (第 4 条第 2 項)

浦安市帯状疱疹予防接種費用助成金代理請求書

年 月 日

(宛先) 浦安市長

所在地

名称

代表者名

㊞

電話番号

浦安市帯状疱疹予防接種の費用の助成に関する規則第 4 条第 2 項の規定により、下記のとおり請求します。

記

請求金額 円

(内訳)

( 月分)

・乾燥弱毒生水痘ワクチン (生ワクチン)

円 × 件 = 円

・乾燥組換え帯状疱疹ワクチン (不活化ワクチン)

円 × 件 = 円