

江府町告示第 63 号

江府町インフルエンザワクチン予防接種費用軽減事業実施要綱の改正をここに公布する。

令和 7 年 9 月 1 日

江府町長 白石祐治

江府町インフルエンザワクチン予防接種費用軽減事業実施要綱の一部を改正する要綱

江府町インフルエンザワクチン予防接種費用軽減事業実施要綱（平成22年10月22日江府町訓令第10号）の一部を以下のとおり改正する。

新	旧																							
<p>(対象者)</p> <p>第3条 この事業の対象者（以下「<u>対象者</u>」という。）は、町内に住所を有し、次の各号に掲げる者とする。</p> <p>(1) 生後6か月から満18歳に達した日の属する年度の終わりまでにある者</p> <p>(2) 19歳以上64歳以下で、住民税非課税世帯の者</p> <p>(3) 生活保護受給者</p> <p>(4) 妊娠している女性</p> <p>(助成券兼予診票の発行)</p> <p>第4条 江府町長（以下「町長」という。）は、前条の規定による対象者に対して「<u>インフルエンザ予防接種助成券兼予診票</u>（以下「<u>助成券兼予診票</u>」という。）」（様式第1号）を発行する。</p> <p>(助成額)</p> <p>第5条 <u>助成額</u>は、下表のとおりとする。</p> <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th style="text-align: center;">対象者</th> <th style="text-align: center;">1回目</th> <th style="text-align: center;">2回目</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>第3条第1号に該当する者</td> <td style="text-align: center;"><u>全額助成</u></td> <td style="text-align: center;"><u>全額助成</u></td> </tr> <tr> <td>第3条第2号に該当する者</td> <td style="text-align: center;">2,000円</td> <td style="text-align: center;">/</td> </tr> <tr> <td>第3条第3号に該当する者</td> <td style="text-align: center;"><u>全額助成</u></td> <td style="text-align: center;"><u>全額助成</u></td> </tr> </tbody> </table>	対象者	1回目	2回目	第3条第1号に該当する者	<u>全額助成</u>	<u>全額助成</u>	第3条第2号に該当する者	2,000円	/	第3条第3号に該当する者	<u>全額助成</u>	<u>全額助成</u>	<p>(対象者)</p> <p>第3条 この事業の対象者（以下「<u>負担軽減者</u>」という。）は、町内に住所を有し、次の各号に掲げる者とする。</p> <p>(1) 生後6か月から満18歳に達した日の属する年度の終わりまでにある者</p> <p>(2) 19歳以上64歳以下で、住民税非課税世帯の者</p> <p>(3) 生活保護受給者</p> <p>(4) 妊娠している女性</p> <p>(<u>受診券及び助成券の発行</u>)</p> <p>第4条 江府町長（以下「町長」という。）は、前条の規定による対象者に対して「<u>インフルエンザ予防接種助成券</u>（以下「<u>助成券</u>」という。）」（様式第1号）を発行する。</p> <p>(<u>自己負担金の額</u>)</p> <p>第5条 <u>自己負担額</u>は、下表のとおりとする。</p> <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th style="text-align: center;">対象者</th> <th style="text-align: center;">1回目</th> <th style="text-align: center;">2回目</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td rowspan="2">第3条第1号に該当する者</td> <td style="text-align: center;"><u>中学生以下</u></td> <td style="text-align: center;"><u>200円</u></td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;"><u>高校生以上</u></td> <td style="text-align: center;"><u>400円</u></td> </tr> <tr> <td>第3条第2号に該当する者</td> <td style="text-align: center;">2,000円</td> <td style="text-align: center;"><u>全額自己負担</u></td> </tr> </tbody> </table>	対象者	1回目	2回目	第3条第1号に該当する者	<u>中学生以下</u>	<u>200円</u>	<u>高校生以上</u>	<u>400円</u>	第3条第2号に該当する者	2,000円	<u>全額自己負担</u>
対象者	1回目	2回目																						
第3条第1号に該当する者	<u>全額助成</u>	<u>全額助成</u>																						
第3条第2号に該当する者	2,000円	/																						
第3条第3号に該当する者	<u>全額助成</u>	<u>全額助成</u>																						
対象者	1回目	2回目																						
第3条第1号に該当する者	<u>中学生以下</u>	<u>200円</u>																						
	<u>高校生以上</u>	<u>400円</u>																						
第3条第2号に該当する者	2,000円	<u>全額自己負担</u>																						

第3条第4号に該当する者

2,000円

(対象期間及び回数)

第6条 この事業は、令和7年10月1日から令和8年1月31日までに実施された予防接種を対象とする。

(実施方法)

第7条 第3条に該当する者への予防接種は、町長が委任した鳥取県西部町村会と契約を締結した鳥取県西部医師会の要請により協力する旨を承諾した医師が行うものとし、当該医師の所属する医療機関等(以下「協力医療機関」という。)で個別に実施するものとする。

(支払方法)

第8条 対象者が協力医療機関において、助成券兼予診票を持参して接種を行った場合、町長は協力医療機関に対し第5条に基づき助成金を支払うものとする。

2 前項の規定に関わらず、次の各号に掲げる者に限り、町長は当該対象者又はその保護者(対象者の親権を行う者又は現に養育している者)に助成金を支払うもの(償還払い)とする。

(1) 協力医療機関において、助成券兼予診票を持参せずに接種し、接種費用を全額支払った者

(2) 入院中、施設入所中など、協力医療機関で接種することが困難であると認められるやむを得ない事情がある者

(償還払いによる助成金の申請)

第9条 前条第2項の規定による助成金の交付を受けようとする対象者又はその保護者は、江府町インフルエンザワクチン予防接種費用軽減事業助成金

第3条第3号に該当する者

0円

0円

第3条第4号に該当する者

1,000円

全額自己負担

(対象期間及び回数)

第6条 この事業は、令和6年10月1日から令和7年1月31日までに実施された予防接種を対象とする。

(予防接種を行う医療機関)

第7条 第3条に該当する者へ予防接種を行う医療機関は、町長と協定締結した医療機関とする。

(支払方法)

第8条 負担軽減者が前条医療機関において、助成券を持参して接種を行った場合、町長は前条医療機関に対し接種費用から自己負担額を除いたもの(以下「負担金」という。)を支払うものとする。

2 前項の規定に関わらず、次の各号に掲げる者に限り、町長は当該負担軽減者又はその保護者(負担軽減者の親権を行う者又は現に養育している者)に負担金を支払うもの(償還払い)とする。

(1) 前条医療機関において、助成券を持参せずに接種し、接種費用を全額支払った者

(2) 入院中、施設入所中など、前条医療機関で接種することが困難であると認められるやむを得ない事情がある者

(償還払いによる負担金の申請)

第9条 前条第2項の規定による負担金の交付を受けようとする負担軽減者又はその保護者は、江府町インフルエンザワクチン予防接種費用軽減事業負

請求書（様式第2号）にワクチンの接種を受けたことを証する書類を添えて、当該年度の2月末までに、町長に申請するものとする。

2 町長は前項の規定による請求に基づき、助成金を交付するものとする。

（助成金の返還）

第10条 町長は、偽りその他不正の行為によって助成金を受けた者があると認めるときは、当該助成金の全部又は一部を返還させることができる。

担金請求書（様式第2号）にワクチンの接種を受けたことを証する書類を添えて、当該年度の2月末までに、町長に申請するものとする。

2 町長は前項の規定による請求に基づき、負担金を交付するものとする。

（負担金の返還）

第10条 町長は、偽りその他不正の行為によって負担金を受けた者があると認めるときは、当該負担金の全部又は一部を返還させることができる。

様式第1号

インフルエンザ予防接種 助成券兼予診票(任意接種)				江府町	
住所	〒 鳥取県 江府町			助成額	円
氏名	様	性別		接種期間	この金額を差し引いた額が自己負担額になります。
生年月日	生(満	歳)		診察前の体温	度 分

※太枠内にご記入またはチェック印を入れてください。

質問事項	回答欄	医師記入欄
今日のインフルエンザの予防接種について市町村から配られている説明書を読みましたか。	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ	
今日の予防接種の効果や副反応などについて理解しましたか。	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ	
今日受けるインフルエンザ予防接種は今シーズン1回目ですか。 ()回目 前回の接種は(月 日)	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ	
現在、何か病気にかかっていますか。 病名()	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ	
治療(投薬など)を受けていますか。 その病気の主治医には、今日の予防接種を受けてもよいと言われましたか。	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ	
免疫不全と診断されたことがありますか。	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ	
今日、体に具合の悪いところがありますか。 具合の悪い症状を書いてください。()	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ	
薬や食品で皮膚に発疹やしんじみが出たり、体の具合が悪くなったことがありますか。	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ	
インフルエンザの予防接種を受けたことがありますか。 ①その際に具合が悪くなったことはありませんか。 ②インフルエンザ以外の予防接種の際に具合が悪くなったことはありませんか。	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ	
ひきつけ(けいれん)を起こしたことがありますか。	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ	
1カ月以内に予防接種を受けましたか。予防接種の種類()	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ	
心臓病、腎臓病、肝臓病、血液疾患などの慢性疾患にかかったことがありますか。 病名()	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ	
その病気を診てもらっている医師に今日の予防接種を受けてもよいと言われましたか。	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ	
最近1ヶ月以内に熱が出たり、病気にかかりましたか。 病名()	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ	
今日の予防接種について質問がありますか。	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ	

インフルエンザ予防接種希望書兼助成額受領委任書 (医師の診察の結果、接種が可能と判断された後に記入してください。)

医師の診察・説明を受け、予防接種の効果や副反応などについて理解した上で、接種費用に係る江府町の助成額を受領することを委任し、接種を希望します。(接種を希望します ・ 接種を希望しません)

この予診票は、予防接種の安全性の確保を目的としています。
このことを理解の上、本予診票が市町村に提出されることに同意します。

(※自署できない場合は代筆者が署名し、代筆者氏名及び被接種者との続柄を記載)

被接種者自署 年 月 日

代筆者氏名 続柄

医師記入欄	以上の問診及び診察の結果、今日の接種は (<input type="checkbox"/> 可能 ・ <input type="checkbox"/> 見合わせる)		医師署名又は記名押印
	本人に対して、予防接種の効果、副反応及び予防接種健康被害救済制度について説明した。		
	ワクチン名・ロット番号	接種量	実施場所・医師名・接種年月日
	シール貼付位置 (注)有効期限が切れていないか確認	医師名	接種年月日

インフルエンザ予防接種済証(任意接種)

氏名 生年月日 鳥取県日野郡江府町長

住所 白石 祐治

接種年月日

メーカー/Lot No. (シール貼付け) 実施場所 医師名

様式第1号

〒 江府町大字

様

江府町インフルエンザワクチン予防接種費用助成券 (回目)

自己負担額	
住 所	
接種者氏名	
生年月日	
接種期間	

江府町長

- 【注】①この券は、本人(被接種者)以外は利用できません。
②この券は、**江尾診療所、俣野診療所、日野病院**でのみ利用できます。
③この券は、江府町から転出された場合は利用できません。
④この券の下記委任状に、必ず記入して下さい。
⑤この券は、被接種時に必ず接種医療機関の窓口へ提出して下さい。

委任状

江府町長 様

接種費用から上記自己負担額を除いた額について、下記医療機関に受領を委任します。
[**江尾診療所 ・ 俣野診療所 ・ 日野病院**] ※いずれかに○印をつけて下さい。

年 月 日

住 所 江府町大字

氏 名 印 ※18歳以下の場合は保護者名

被接種者 (続柄)

接種日 年 月 日

様式第2号

江府町インフルエンザワクチン予防接種費用軽減事業助成金請求書

年 月 日

江府町長 様

請求者 住所 江府町大字

氏名 _____ ㊟

電話

江府町インフルエンザワクチン予防接種費用軽減事業実施要綱第9条の規定により、下記のとおり関係書類を添付して請求します。

ワクチン接種を受けた方	氏名	請求者との続柄	
	住所	江府町大字	
	生年月日	年 月 日 (歳)	
対象者区分・助成額	対象者区分		助成額
	<input type="checkbox"/> 18歳以下		全額助成
	<input type="checkbox"/> 19～64歳で、住民税非課税世帯		2,000円
	<input type="checkbox"/> 生活保護受給者		全額助成
	<input type="checkbox"/> 妊婦		2,000円
接種内容	第1回目	(接種日)	年 月 日 円
	第2回目	(接種日)	年 月 日 円
請求理由	<input type="checkbox"/> 指定医療機関において、受診券又は助成券を持参せずに接種した <input type="checkbox"/> 指定医療機関での接種が困難(理由:)		
添付書類	・領収書(被接種者名、接種日、インフルエンザ予防接種が明記されたもの) ・予防接種済証の写し又は母子健康手帳の予防接種欄の写し		

請求金額	金	円也
------	---	----

様式第2号

江府町インフルエンザワクチン予防接種費用軽減事業負担金請求書

年 月 日

江府町長 様

請求者 住所 江府町大字

氏名 _____ ㊟

電話

江府町インフルエンザワクチン予防接種費用軽減事業実施要綱第9条の規定により、下記のとおり関係書類を添付して請求します。

ワクチン接種を受けた方	氏名	請求者との続柄	
	住所	江府町大字	
	生年月日	年 月 日	
対象者区分・自己負担額	対象者区分		自己負担額
	<input type="checkbox"/> 中学生以下		200円/回
	<input type="checkbox"/> 高校生		400円/回
	<input type="checkbox"/> 19～64歳で、住民税非課税世帯		2,000円/回
	<input type="checkbox"/> 生活保護受給者		0円/回
	<input type="checkbox"/> 妊婦		1,000円/回
接種内容	第1回目	(接種日)	年 月 日 円
	第2回目	(接種日)	年 月 日 円
請求理由	<input type="checkbox"/> 指定医療機関において、受診券又は助成券を持参せずに接種した <input type="checkbox"/> 指定医療機関での接種が困難(理由:)		
添付書類	・領収書(被接種者名、接種日、インフルエンザ予防接種が明記されたもの) ・予防接種済証の写し又は母子健康手帳の予防接種欄の写し		

請求金額	金	円也
------	---	----

附則

この要綱は令和7年9月1日から施行する。