

岩倉市高齢者肺炎球菌予防接種費用徴収要綱

(趣旨)

第1条 この要綱は、予防接種法（昭和23年法律第68号）第5条第1項の規定に基づき実施する高齢者肺炎球菌予防接種（以下「予防接種」という。）に要する予防接種法施行令（昭和23年政令第197号）第33条に規定する実費の一部（以下「費用」という。）を徴収するため、必要な事項を定めるものとする。

(対象者)

第2条 予防接種の対象者は、既に肺炎球菌ワクチンの接種を受けたことがある者を除き、市内に住所を有する者で、次の各号のいずれかに該当する者とする。

(1) 予防接種を受ける日において、65歳の者

(2) 予防接種を受ける日において、60歳以上65歳未満の者であつて、心臓、腎臓若しくは呼吸器の機能又はヒト免疫不全ウイルスにより免疫の機能に障害を有するものとして厚生労働省令で定めるもの

(3) 前2号に掲げる者のほか、市長が必要と認めた者

(費用の徴収)

第3条 費用は、市と委託契約を締結した医療機関（以下「受託医療機関」という。）の窓口で予防接種を受ける者（以下「被接種者」という。）から徴収する。

(費用の額)

第4条 徴収する費用の額は、被接種者一人につき1回2,500円とする。

(費用の免除申請等)

第5条 第2条に規定する対象者で次の各号のいずれかに該当する者（以下「免除者」という。）は第3条の規定にかかわらず、申請によりその費用を免除することができる。

(1) 生活保護法（昭和25年法律第144号）の規定により保護を受けている者

(2) 市民税非課税世帯に属する者

(3) 中国残留邦人等の円滑な帰国の促進並びに永住帰国した中国残留

邦人等及び特定配偶者の自立の支援に関する法律（平成6年法律第30号）の規定による支援給付世帯に属する者

2 費用の免除を受けようとする者（以下「申請者」という。）は、予防接種を受ける前に岩倉市高齢者肺炎球菌予防接種費用免除申請書（様式第1。以下「免除申請書」という。）に次に掲げる書類を添えて、市長に提出しなければならない。ただし、申請者の同意を得て市で確認が可能な場合は、書類の添付を省略することができる。

（1）生活保護受給証明書又は市民税非課税証明書

（2）住所地を証明する書類

3 市長は、申請者が、免除者に該当すると認めるときは、速やかに岩倉市高齢者肺炎球菌予防接種費用免除券（様式第2。以下「免除券」という。）を交付するものとする。

4 受託医療機関は、予防接種を実施する場合において、免除券を使用する者からは費用を徴収しないものとする。

5 第2項の規定にかかわらず、免除者が免除申請書を提出する前に予防接種を受けた場合又は受託医療機関以外で予防接種を受けた場合についても費用を免除することができる。この場合において、費用の免除は、当該申請者の岩倉市高齢者肺炎球菌予防接種費用償還払申請書（様式第3）による申請に基づき行うものとする。

（雑則）

第6条 この要綱に定めるもののほか、必要な事項は、市長が別に定める。

附 則

この要綱は、平成26年10月1日から施行する。

附 則

この要綱は、平成28年1月1日から施行する。

附 則

この要綱は、令和5年4月1日から施行する。

附 則

この要綱は、令和6年4月1日から施行する。

様式第1 (第5条関係)

岩倉市高齢者肺炎球菌予防接種費用免除申請書

年 月 日

岩倉市長 殿

申請者(請求者)

住所

氏名 (続柄)

電話番号

岩倉市高齢者肺炎球菌予防接種費用徴収要綱第5条第2項の規定に基づき、下記のとおり申請します。

記

予防接種を受けた者の氏名 及び個人番号	生 年 月 日	免 除 理 由
個人番号 ()	年 月 日	生活保護 市民税非課税 中国残留邦人
個人番号 ()	年 月 日	生活保護 市民税非課税 中国残留邦人

同意書

岩倉市高齢者肺炎球菌予防接種費用徴収要綱第2条及び第5条に該当していることを確認するため、被接種者及びその世帯の課税状況並びに住民基本台帳等の調査、照会及び閲覧について同意します。

申請者氏名 _____

様式第2 (第5条関係)

岩倉市高齢者肺炎球菌予防接種費用免除券

交付年月日	年 月 日
氏 名	
生 年 月 日	年 月 日
住 所	
免 除 額	自己負担額 円免除
有 効 期 限	年 月 日

岩 倉 市 長

公 印

様式第3 (第5条関係)

岩倉市高齢者肺炎球菌予防接種費用償還払申請書

年 月 日

岩倉市長 殿

申請者(請求者)

住所

氏名 印(続柄)

電話番号

岩倉市高齢者肺炎球菌予防接種費用徴収要綱第5条第5項の規定に基づき、下記のとおり申請します。

記

予防接種を受けた者の氏名 及び個人番号	生年月日	自己負担額	免除理由
個人番号()	年 月 日	円	生活保護 市民税非課税 中国残留邦人
個人番号()	年 月 日	円	生活保護 市民税非課税 中国残留邦人

上記のとおり請求します。

振込先金融機関名	預金種類	口座番号	口座名義 (フリガナ)
支店			

※添付書類 高齢者肺炎球菌予防接種に係る領収書 接種済証(写)

同意書

岩倉市高齢者肺炎球菌予防接種費用徴収要綱第2条及び第5条に該当していることを確認するため、被接種者及びその世帯の課税状況並びに住民基本台帳等の調査、照会及び閲覧について同意します。

申請者氏名 _____