

○裾野市高齢者肺炎球菌予防接種実施要綱

平成19年8月1日

告示第102号

改正 平成23年1月12日告示第4号

平成24年1月5日告示第7号

平成24年6月25日告示第82号

平成27年3月27日告示第63号

平成28年12月22日告示第217号

(目的)

第1条 この要綱は、裾野市在住の高齢者に対し、肺炎球菌予防接種(以下「予防接種」という。)に要する費用の一部を助成することにより、高齢者の健康の保持増進を図ることを目的とする。

(対象者)

第2条 予防接種の費用の助成を受けることができる者は、住民基本台帳法(昭和42年法律第81号)の規定により本市に記録されている者のうち、予防接種を受ける日において満65歳以上の者とする。

(予防接種の助成回数)

第3条 予防接種の助成回数は、1人1回限りとする。

(予防接種の実施)

第4条 予防接種は、市長の要請により予防接種に協力する旨を承諾した医療機関(以下「指定医療機関」という。)に委託し、実施する。

(実施期間)

第5条 予防接種の実施期間は、毎年度市長が定める。

(予防接種の申込み)

第6条 予防接種を希望する者(以下「予防接種希望者」という。)は、裾野市高齢者肺炎球菌予防接種申込書(様式第1号)に必要事項を記入し、市長に提出しなければならない。

(接種券の交付)

第7条 市長は、前条の申込みがあった場合は、その内容を審査し、裾野市高齢者肺炎球菌予防接種券(以下「接種券」という。)を予防接種希望者に交付するものとする。

(予防接種の方法)

第8条 予防接種希望者は、接種券を指定医療機関に提出し、予防接種を受けるものとする。

(助成金の額)

第9条 助成金の額は、予防接種に要する費用から、予防接種希望者の負担分として2,000円を差し引いた額とする。

(全額助成の対象者)

第10条 市長は、予防接種希望者が次の各号のいずれかに該当するときは、予防接種に要する費用の全額を助成するものとする。

- (1) 生活保護法(昭和25年法律第114号)による被保護世帯に属するとき。
- (2) その他市長が世帯の収入の状況等を総合的に勘案し、生計が困難な者として助成の必要があると認めたとき

2 前項の規定により予防接種に要する費用の全額の助成を受けようとする者は、裾野市高齢者肺炎球菌予防接種自己負担金免除申請書(様式第2号)を市長に提出しなければならない。

(助成金の支払等)

第11条 市長は、予防接種希望者が指定医療機関において予防接種を受けたときは、前2条に規定する助成金の額を当該指定医療機関に支払うことにより、予防接種に要する費用を助成したものとみなす。

(補則)

第12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19年9月1日から施行する。

附 則(平成23年告示第4号)抄

(施行期日)

1 この告示は、平成23年1月17日から施行する。

附 則(平成24年告示第7号)

この告示は、公示の日から施行する。

附 則(平成24年告示第82号)

この告示は、平成24年7月9日から施行する。

附 則(平成27年告示第63号)

この告示は、平成27年4月1日から施行する。

附 則(平成28年告示第217号)

この告示は、公示の日から施行する。

様式第1号(第6条関係)

裾野市高齢者肺炎球菌予防接種申込書

年 月 日

裾野市長 様

肺炎球菌予防接種を受けたいので、次のとおり申し込みます。

被 接 種 者	(ふりがな) 氏 名			性別	男・女
	生 年 月 日	年 月 日(満 歳)			
	住 所	裾野市	電 話 番 号		
	備 考				

※以下は記入しないでください。

審 査 欄		
1箇月以内の予防接種状況	無・有	予防接種名( ) 予防接種日 年 月 日 接種医療機関名( )
肺炎球菌予防接種状況	無・有	予防接種日 年 月 日
脾臓摘出手術	無・有	摘出手術日 年 月 日
健康手帳又は予防接種手帳	無・有	肺炎球菌予防接種の項目 無 ・ 有
接種券発行の可否	可 ・ 否	

様式第2号(第10条関係)

裾野市高齢者肺炎球菌予防接種自己負担金免除申請書

年 月 日

裾野市長 様

申請者 住 所  
氏 名 ㊟ (男・女)  
生年月日 年 月 日(満 歳)  
連絡先

私は、肺炎球菌予防接種自己負担金免除について、次のとおり申請します。

なお、免除の理由を確認するため、市が保有する私に関する情報のうち、必要となる情報を調査することを承諾します。

免除申請の理由	1 生活保護法による被保護世帯に属する者 2 その他(具体的な理由を記入してください。)
接種希望日	年 月 日 (ない場合は未記入)
接種医療機関名	

注 該当する番号に○を付してください。

※以下は記入しないでください。

調 査 欄