

大泉町帯状疱疹予防接種費用助成金交付要項

大泉町帯状疱疹予防接種費用助成金の交付目的、内容、交付手続等は、次のとおりです。

1 交付目的

帯状疱疹予防接種（以下「予防接種」といいます。）に係る費用の全部又は一部を助成することにより、帯状疱疹の発症及び重症化の予防を図り、もって健康の保持及び増進に資することを目的とします。

2 内容

| | |
|----------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 助成対象者 | <p>予防接種を受ける日において、本町に居住し、かつ本町の住民基本台帳に記録されている者で、次のいずれかに該当する者</p> <ol style="list-style-type: none">1 予防接種を受ける日において、満50歳以上の者2 予防接種を受ける日において、満18歳以上50歳未満の者で、疾病又は治療により免疫不全である者 <p>ただし、次のいずれかに該当する者は対象外とします。</p> <ol style="list-style-type: none">1 過去にこの要項の規定による助成金の交付を受けたことがある者2 帯状疱疹予防接種の定期接種の対象者のうち当該定期接種を受けた者 <p>帯状疱疹ワクチン（シングリックス）に係る定期接種を1回分受けたものの、もう1回分を定期接種で受けることができなかった者については、その1回分のみ、この要項に基づく助成金の対象とします。</p> |
| 助成対象事業及び助成対象経費 | <p>定期接種によらず、助成対象者が予防接種を受けた場合に、その予防接種に係る費用について助成を行います。なお、令和7年4月1日以降に受けた予防接種に限りません。</p> |
| 交付金額 | <p>助成対象経費に相当する額とし、助成対象者の年齢及びワクチンの種類に応じ、次に掲げる額を上限とします。</p> <ol style="list-style-type: none">1 満18歳以上満50歳未満の者について 帯状疱疹ワクチンを接種した場合 5,000円2 満50歳以上満65歳未満の者について<ol style="list-style-type: none">(1) 乾燥弱毒生水痘ワクチンを接種した場合 2,000円(2) 帯状疱疹ワクチンを接種した場合 5,000円3 満65歳以上の者について |

| | |
|--|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| | <p>(1) 乾燥弱毒生水痘ワクチンを接種した場合 4,000円</p> <p>(2) 带状疱疹ワクチンを接種した場合 10,000円</p> <p>4 上記1～3にかかわらず、接種日及び申請日時点で生活保護法に規定する被保護者の世帯に属する者に対する助成金の額は、接種費用に相当する額とします。</p> <p>1 助成対象者につき、乾燥弱毒生水痘ワクチンの場合は1回分の接種費用について、带状疱疹ワクチンの場合は2回分の接種費用について助成します。</p> <p>(1)と(2)のワクチンのどちらか一方のワクチンの接種費用について助成を行います。</p> |
|--|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|

3 交付手続

| | |
|-----------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 交付申請の方法 | <p>助成金の交付を受けようとする者は、予防接種を受けた日（带状疱疹ワクチンの場合は、その2回目の接種を受けた日）から起算して6か月以内に、大泉町带状疱疹予防接種費用助成金交付申請書兼請求書（様式第1号又は様式第2号）に次の書類を添えて申請してください。</p> <p>1 接種費用の領収書の写し（写真データを含む。） その他の医療機関が発行する申請者が予防接種を受けた事実を確認することができる書類の写し（写真データを含む。）</p> <p>2 その他町長が必要と認めるもの</p> <p>助成金の交付申請は、1助成対象者につき1回限りです。</p> <p>何らかの理由で2回目の带状疱疹ワクチンの接種を受けることができない場合は、1回目の接種を受けた日から起算して6か月以内に助成金の交付申請をすることで、1回分の接種費用に係る助成を受けることができます。その場合であっても、助成金の交付申請は、1助成対象者につき1回限りです。</p> |
| 助成金の交付時期等 | <p>提出された申請書類の審査を行い、助成の交付の可否を決定し、大泉町带状疱疹予防接種費用助成金交付（不交付）決定通知書（様式第3号）により通知します。</p> |
| 補助金の返還 | <p>町長は、偽りその他の不正な手段により助成金の交付決定を受けた者があるときは、助成金の交付決定を取り消します。</p> <p>また、既に助成金を交付しているときは、その全部若しくは一部の返還を求めることができます。</p> |

4 各種様式

| | |
|---------|--------------------------|
| 申請書等の様式 | 1 大泉町带状疱疹予防接種費用助成金交付申請書兼 |
|---------|--------------------------|

| | |
|--|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| | 請求書（乾燥弱毒生水痘ワクチン）（様式第 1 号） 2 大泉町帯状疱疹予防接種費用助成金交付申請書兼 請求書（帯状疱疹ワクチン【シングリックス】） （様式第 2 号） 3 大泉町帯状疱疹予防接種費用助成金交付（不交 付）決定通知書（様式第 3 号） |
|--|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|

5 事業期間

| | |
|-----|------------------------------------------------------------------------|
| 期 間 | 令和 7 年 4 月 1 日から 令和 7 年 3 月 3 1 日までに予防接種を受けた者 については、従前の事項を適用します。 |
|-----|------------------------------------------------------------------------|

6 担当部署

| |
|--------------------------------------|
| 大泉町健康づくり課 電話 0 2 7 6 (6 2) 2 1 2 1 |
|--------------------------------------|