

令和3年度 垂水市任意予防接種費用助成事業 医療機関の手引き

令和2年度からの変更点 大きく2点変更いたします。

- 1 「おたふくかぜワクチン」 予防接種に対する助成を **新たに開始** します。
- 2 「インフルエンザ（任意）ワクチン」 予防接種の助成対象者や助成金額回数が変更されます。

事業全体の概要

1 事業名 垂水市任意予防接種費用助成事業

2 概要 予防接種法に基づく定期予防接種以外の予防接種を受ける者に対し、当該予防接種に要する費用の一部を助成することにより、疾病の発症及び重症化の予防を図り、市民の健康増進を図ることを目的とする事業。

助成開始	予防接種名	契約締結日	助成開始日
	おたふくかぜワクチン	令和3年4月1日～	令和3年4月1日～
	インフルエンザワクチン	令和3年10月1日～	令和3年10月1日～

対象者	予防接種名	助成対象者
	おたふくかぜワクチン	① 1歳以上2歳未満の者 ② 5歳以上7歳未満の者で小学校就学前の1年間の者
	インフルエンザワクチン	生後6か月から20歳未満の者

助成内容	予防接種名	助成金額	助成回数	助成期間
	おたふくかぜワクチン	上限4,000円	1回（各年代）	毎年4月1日～ 翌年3月31日
	インフルエンザワクチン	上限2,000円	2回（13歳未満） 1回（13歳以上20歳未満）	毎年10月1日～ 翌年1月31日

- 3 契約等**
- (1) 垂水市内医療機関の場合
令和3年度より任意予防接種（おたふく・インフルエンザ任意分）の契約を1本化し、それに伴い、実績報告及び請求書の様式も1本化します。
 - (2) 垂水市外医療機関の場合
 - ①おたふく：個別契約
 - ②インフルエンザ（任意）：県医師会との相互乗入契約、個別契約
 - (3) その他
医療機関との契約が無い場合、接種者の希望に応じて、接種者が接種費用を一旦全額負担し、後日接種者が市で助成手続きを行う「償還払い」制度での取り扱いも可能としました。

※詳細は2ページ「3 参考／市外医療機関で接種助成について」をご覧ください。

業務上の基本情報

1 契約医療機関への業務委託内容

1 予約時における助成対象者確認【医療機関→対象者】

※対象者であることの確認

2 接種当日における本人・予診票の確認【医療機関→対象者】

※予診票は下記参照

3 接種料から助成金額を差し引いた額の請求【医療機関→対象者】

4 実績報告及び請求【医療機関→垂水市】

※当月分の実績を「実施報告書兼助成額請求書」に記載し、

予診票を添えて接種月の翌月10日までに市に提出（本市から回収に上がります）

2 予診票の取扱について

予診票は「市予診票（市が作成した予診票）」又は「ワクチンメーカー予診票」のどちらでもご利用ください。

①令和3年度から任意予防接種（インフルエンザ及びおたふくかぜ）の助成事業を1本化するにあたり、予診票の取扱を改めました。

②予診票について

契約医療機関には、あらかじめ市予診票を送付いたしますが、各医療機関に備え付けている「ワクチンメーカー予診票」のどちらを使用しても差し支えありません。

※ワクチンメーカー予診票は、接種者本人（又は保護者）の記入欄に予診票を市に提出する同意の記載がありませんが、本助成事業を対象者が利用した時点で、本同意は得られたものとして取り扱うものとし、その旨は、対象者に配布する周知チラシにて記載いたしますが、医療機関においてもその旨のご説明をお願いいたします。

3 参考／市外医療機関での接種助成について

①本市と契約締結済みの市外医療機関で接種する場合

上記1と同様な手続きにて、本市への実績報告及び請求をお願いします。

②本市と契約未締結の市外医療機関で接種する場合

◎契約後の接種

接種希望者の要望に応じて、対象医療機関と契約締結後に、接種を行っていただきます。

◎償還払いの場合（一時全額自己負担）

「契約締結まで待てない」等、接種希望者の要望により、すぐに接種を希望される場合は、接種希望者は、医療機関窓口で全額自己負担していただき、後日、本市の窓口にて助成手続きを行っていただきます。

医療機関においては、領収書・接種済証明書（母子手帳のある方は不要）の発行をお願いいたします。

(参考) 報告・請求様式の記入例

別記第1号様式(第6条関係) 記入例

垂水市任意予防接種実施報告書兼助成額請求書

① 接種月を記入 → (3年4月分) ② 接種月の翌月10日までに提出

令和 3年 5月 10日

垂水市長 殿

③ 医療機関名・住所等を記入
※押印もお願いします。

(医療機関) ○○○○クリニック
住 所 垂水市○○○○○○
氏 名 垂水 花子

印

任意予防接種を下記のとおり実施したので、予診票を添付して報告及び助成金を次のとおり請求します。

④ 接種月の件数及び金額等を記入

記

項 目	単 価	実施件数	助成金
インフルエンザワクチン	2,000 円	4 件	8,000 円
おたふくかぜワクチン	4,000 円	5 件	20,000 円

特記事項・報告事項(副反応等)

○○○○○○○○○○○○○○○○○○○○
○○○○○○○○○○○○○○○○○○○○

⑤ 報告等あればご記入ください

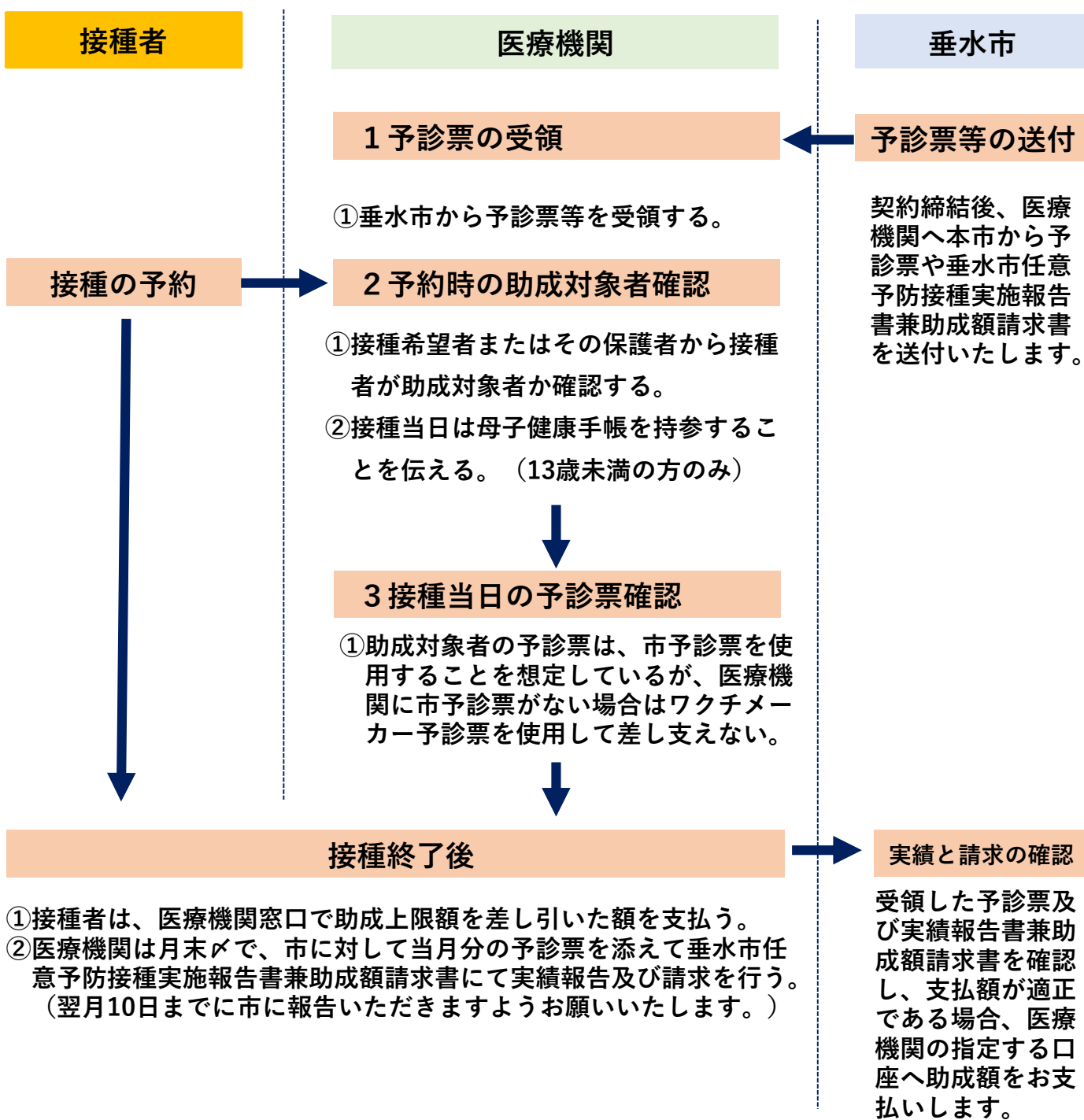
⑥ 振込先情報をご記入ください。

垂水市記入欄	
担当者 確認印	
年	月 日

振込先			
金融機関名	○○○○銀行 ○○支店		
口座番号	○○○○○	口座種別	1 普通 2 当座
フリガナ	○○○○○○○○○○○○○○○○		
口座名義	○○○○○○○○○○○○○○○○		

市内医療機関及び個別契約における「予約～接種終了後」事務フロー

- ◎任意予防接種費用助成事業は令和2年度に行ったインフルエンザの予防接種業務と同様に、市内医療機関は本市より予診票の回収に伺います。
- ◎予診票は、市より契約時に予診票を送付いたしますが、接種時に市の予診票がない場合は、医療機関に備え付けてあるワクチンメーカー予診票を使用していただいても差し支えありません。



問い合わせ先

ご不明な点につきましては、お問い合わせください。

◎垂水市 保健課 健康増進係 0994-32-1116 (直通)

◎担当：岩元・庭田・上園 ※受付時間：平日8時30分～17時15分