

## 湯川村任意予防接種費用助成事業

### 【おたふくかぜワクチン接種費用を助成しています】

感染性疾患等の発症及び蔓延を予防することを目的に、おたふくかぜワクチン接種料金の一部を助成しています。

令和5年度より助成回数が2回となりました。（標準な接種時期は1歳と小学校就学前が推奨されています。）

なお、このワクチン接種は、任意接種（保護者の判断で接種するかどうか決めるもの）であり、法律上の義務はありません。接種を希望する方は、「予防接種と子どもの健康」をよくお読みになり、効果や副反応などを十分理解の上、かかりつけ医に相談し、接種するかどうかをご検討ください。



おたふくかぜとは、流行性耳下腺炎あるいはムンプスとも呼ばれ、ムンプスウイルスに感染すると、2～3週間の潜伏期間後、耳下腺・顎下腺・舌下腺（だ液をだす腺）が腫れ、発熱します。合併症を引き起こす可能性があり、もっとも多いのは無菌性髄膜炎で、診断される頻度は1～10%です。他にも精巣炎、卵巣炎、感音性難聴などもあります。

#### □対象者及び助成額

| 予防接種名  | 助成対象者（該当年齢）<br>（湯川村に住所を有する以下の児） | 助成限度額<br>（1回あたり） | 助成回数 |
|--------|---------------------------------|------------------|------|
| おたふくかぜ | 1歳から就学前の児                       | 5,000円           | 2回   |

※ただし、接種費用が助成限度額を下回る場合は、接種費用を助成額となります。

#### □申請手続き

- ①医療機関で予防接種を受けてください。  
（予診票は医療機関のものを使用してください）
- ②湯川村保健センターに必要な書類を提出してください。



#### □申請に必要なもの

- ①湯川村任意予防接種費用償還払い申請書兼請求書
- ②予防接種費用の領収書 ※金額、接種日がわかること、レシートのみでは無効です。
- ③おたふくかぜワクチン予防接種済証もしくは接種記録
- ③母子健康手帳
- ④通帳または通帳の写し

#### □手続き期間

請求の期限は、**任意予防接種を受けた日の属する年度の翌年度の末日**とします。  
1回接種完了後に助成金支給のための手続きを行って下さい。

※不明な点は、保健センターへお問い合わせ下さい。

**【問合せ先】湯川村保健センター 電話 0241-27-3110**

令和 年 月 日

湯川村長 様

## 湯川村任意予防接種費用償還払い申請書兼請求書

申請者住所 湯川村

申請者氏名

印

続柄（被接種者からみた関係）

連絡先

湯川村任意予防接種費用助成要綱第 3 条の規定に基づき、下記のとおり償還払いを申請及び請求します。

## 1 接種者

|       |  |      |                   |
|-------|--|------|-------------------|
| 接種者氏名 |  | 生年月日 | 年 月 日生<br>( 歳 ヶ月) |
| 接種者氏名 |  | 生年月日 | 年 月 日生<br>( 歳 ヶ月) |
| 接種者氏名 |  | 生年月日 | 年 月 日生<br>( 歳 ヶ月) |

## 2 申請額

申請額 円

|        |                     |                       |         |
|--------|---------------------|-----------------------|---------|
|        | ①医療機関支払合計額<br>( 人分) | ②助成額の上限単価<br>(1 人につき) | ③助成額の合計 |
| おたふくかぜ | 円                   | 5,000 円×2 回まで         | 円       |

※助成額…①と②を比較し、金額の少ない額を助成申請額とします。

## 3 振込先口座（申請者名義としてください。）

|       |             |      |    |
|-------|-------------|------|----|
| 金融機関名 | 銀行・信組・信金・農協 |      | 支店 |
| 預金種別  | 普通          | 口座番号 |    |
| よみがな  |             |      |    |
| 口座名義人 |             |      |    |