

四日市市県外医療機関等受診費用補助金交付規則の一部を改正する規則をここに公布する。

平成31年3月29日

四日市市長 森 智 広

四日市市規則第26号

四日市市県外医療機関等受診費用補助金交付規則の一部を改正する規則

四日市市県外医療機関等受診費用補助金交付規則（平成22年四日市市規則第53号）の一部を次のように改正する。

改正後	改正前
<p>(補助対象者)</p> <p>第2条 受診費用の補助を受けることができる者は、県外の医療機関等で診査等を受診した当日に本市に住民登録を有する者で、次の各号のいずれかに該当するものとする。</p> <p>(1)及び(2) (略)</p> <p>(3) <u>予防接種法第2条第2項各号に規定する疾病に係る予防接種又は四日市市任意予防接種費用補助金交付規則（平成23年四日市市規則第45号）第2条第1号に規定する任意予防接種を受けた者のうち、20歳未満のもの</u></p> <p>(交付申請)</p> <p>第4条 (略)</p> <p>2 前項の領収書は、<u>申請者又は接種者をあて先とし、金額及び医療機関等の</u></p>	<p>(補助対象者)</p> <p>第2条 受診費用の補助を受けることができる者は、県外の医療機関等で診査等を受診した当日に本市に住民登録を有する者で、次の各号のいずれかに該当するものとする。</p> <p>(1)及び(2) (略)</p> <p>(3) <u>三種混合（DPT）、二種混合（DT）、麻しん風しん混合ワクチン（MR）、麻しん、風しん、日本脳炎、ポリオ、BCG、四種混合（DPT-IPV）、子宮頸がん予防ワクチン、ヒブワクチン、小児用肺炎球菌ワクチン、水痘ワクチン又はB型肝炎ワクチンの予防接種を受診した者</u></p> <p>(交付申請)</p> <p>第4条 (略)</p> <p>2 前項の領収書は、<u>申請者をあて先とし、金額及び医療機関等の名称が記載</u></p>

名称が記載されているものでなければ ならない。 3 (略)	されているものでなければならぬ。 3 (略)
-------------------------------------	---------------------------

第1号様式を次のように改める。

四日市市県外医療機関等受診費用補助金交付申請書兼請求書

(妊婦一般健康診査用)

年 月 日

四日市市長

申請者 住所

氏名 (印)

(生年月日：S・H 年 月 日)

電話番号

次のとおり四日市市県外医療機関等受診費用補助金の交付を受けたいので、四日市市県外医療機関等受診費用補助金規則第4条の規定により申請します。この申請に関し、住所要件、受診状況等の必要事項を調査することを承諾します。また、補助金の交付決定後はその決定額を下記のとおり請求します。

記

妊婦一般健康診査 受診日	受診した医療機関に 支払った額	申請する受診券の 年度・回	補助を受けようとす る補助金の申請額	補助金交付決定額 (記入しないでください)
年 月 日	円	年度 回目	円	円
年 月 日	円	年度 回目	円	円
年 月 日	円	年度 回目	円	円
年 月 日	円	年度 回目	円	円
年 月 日	円	年度 回目	円	円
年 月 日	円	年度 回目	円	円
合 計	円		円	円
振込先		口座番号		口座名義人 (フリガナ)
銀行 支店 信用金庫 支所 農協 出張所	当座 ・ 普通			()
ゆうちょ銀行 店	記号..... 番号.....			()

- (注) 1. 太枠内のみ記入してください。 申請には、妊婦一般健康診査済証（母子健康手帳）、受診医療機関発行の領収書（コピー不可）、四日市市母子健康手帳別冊に綴られている妊婦一般健康診査結果票を必ず提出してください。
2. 振込先は申請者(受診者)の名義のものにしてください。申請者と口座名義人が異なる場合は委任状が必要になります。

窓口 電話	部	課
----------	---	---

第1号様式（第4条関係）

四日市市県外医療機関等受診費用補助金交付申請書兼請求書
（産婦健康診査用）

年 月 日

四日市市長

申請者 住所
(受診者)

氏名 ⑩

(生年月日 S・H 年 月 日)
電話番号

次のとおり四日市市県外医療機関等受診費用補助金の交付を受けたいので、四日市市県外医療機関等受診費用補助金交付規則第4条の規定により申請します。この申請に関し、住所要件、受診状況等の必要事項を調査することを承諾します。また、補助金の交付決定後はその決定額を下記のとおり請求します。

記

産婦健康診査 受診日	受診した医療機関に 支払った額	交付を受けようとする 補助金の申請額	※ 補助金交付決定額 (記入しないでください)
年 月 日	円	円	円
年 月 日	円	円	円
合 計	円	円	円
振込先（金融機関名）		口座番号	口座名義人（フリガナ）
銀行 信用金庫 農協	支店 支所 出張所	当座 ・ 普通	()
ゆうちょ銀行	店	記号..... 番号.....	()

- (注) 1. 太枠のみに記入してください。申請には、受診医療機関発行の領収書（コピー不可）、産婦健康診査受診票（①医師の署名、押印があるもの、②すべての項目に結果を記載済みのもの、コピー不可）を必ずご持参ください。
2. 振込先は申請者(受診者)の名義のものにしてください。申請者と口座名義人が異なる場合は委任状が必要になります。

窓口	部	課
電話		

四日市市県外医療機関等受診費用補助金交付申請書兼請求書

（定期予防接種用）

年 月 日

四日市市長

申請者 住 所

（保護者）

氏 名

㊞

（接種者との続柄 ）

電話番号

次のとおり四日市市県外医療機関等受診費用補助金の交付を受けたいので、四日市市県外医療機関等受診費用補助金交付規則第4条の規定により申請します。この申請に関し、住所要件、接種状況等の必要事項を調査することを承諾します。また、補助金の交付決定後はその決定額を下記のとおり請求します。

記

フリガナ		生年月日	予防接種を受けた 医療機関名	
接種者 氏名		年 月 日		
接種日	受けた予防接種の 種類	予防接種を受けた 医療機関に支払っ た額	交付を受けようと する補助金の申請額	補助金交付決定額 (記入しないでください)
年 月 日		円	円	円
		円	円	円
		円	円	円
		円	円	円
合 計		円	円	円
振込先（金融機関名）		口座番号		口座名義人(フリガナ)
銀行	支店	当座		()
信用金庫	支所	・		
農協	出張所	普通		
ゆうちょ銀行	店	記号..... 番号.....		()

- (注) 1. 太枠のみに記入してください。申請には、予防接種済証（母子健康手帳）、接種医療機関発行の領収書（コピー不可）を必ず添付してください。
2. 振込口座は、申請者の口座をご記入ください。申請者と振込口座名義人が同一であること。

窓口	部	課
電話		

第1号様式（第4条関係）

四日市市県外医療機関等受診費用補助金交付申請書兼請求書

（任意予防接種用）

年 月 日

四日市市長

申請者 住所
(保護者)

氏名 (印)
(接種者との続柄)

電話番号

次のとおり四日市市県外医療機関等受診費用補助金の交付を受けたいので、四日市市県外医療機関等受診費用補助金交付規則第4条の規定により申請します。この申請に関し、住所要件、接種状況等の必要事項を調査することを承諾します。また、補助金の交付決定後はその決定額を下記のとおり請求します。

記

フリガナ		生年月日	予防接種を受けた 医療機関名	
接種者 氏名		年 月 日		
接種日	受けた予防接種の 種類	予防接種を受けた 医療機関に支払っ た額	交付を受けようと する補助金の申請額	補助金交付決定額 (記入しないでください)
		円	円	円
		円	円	円
合 計		円	円	円
振込先（金融機関名）		口座番号		口座名義人(フリガナ)
銀行	支店	当座	()	
信用金庫	支所	・		
農協	出張所	普通		
ゆうちょ銀行	店	記号.....	()	
		番号.....		

- (注) 1. 太枠のみに記入してください。申請には、予防接種済証（母子健康手帳）、接種医療機関発行の領収書（コピー不可）、補助券を必ず添付してください。
2. 振込口座は、申請者の口座をご記入ください。申請者と振込口座名義人が同一であること。

窓口	部	課
電話		

附 則

(施行期日)

- 1 この規則は、平成31年4月1日から施行する。

(経過措置)

- 2 この規則の施行の日前に改正前の四日市市県外医療機関等受診費用補助金交付規則の規定によりなされた決定、手続その他の行為は、改正後の四日市市県外医療機関等受診費用補助金交付規則の相当規定によりなされたものとみなす。

(こども未来部こども保健福祉課)