

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28年9月28日

四日市市長 田中俊行

四日市市規則第62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) (略)</p> <p>(2) 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、<u>水痘ワクチン又はB型肝炎ワクチン</u>の予防接種を受診した者</p> <p>(交付申請)</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) (略)</p> <p>(2) 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<u>又は水痘ワクチン</u>の予防接種を受診した者</p> <p>(交付申請)</p>
<p>第4条 補助金の交付を受けようとする者(以下「申請者」という。)は、<u>四</u></p>	<p>第4条 補助金の交付を受けようとする者(以下「申請者」という。)は、<u>四</u></p>

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（第1号様式）

に、受診費用の領収書その他必要書類を添付して、市長に申請しなければならない。

2及び3 （略）

日市市県外医療機関等受診費用補助金  
交付申請書（第1号様式）

に、受診費用の領収書その他必要書類を添付して、市長に申請しなければならない。

2及び3 （略）

第1号様式（妊婦一般健康診査用）及び第1号様式（予防接種用）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)

平成 年 月 日

四日市市長

申請者 住所

氏名 ㊟

(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 信用金庫 農協		支店 支所	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	こども未来部こども保健福祉課
電話	059 (354) 8187

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

（予防接種用）

平成 年 月 日

四日市市長

申請者 住所  
（保護者）

氏名 ④  
（被接種者との続柄）  
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	
被接種者氏名		平成 年 月 日	医療機関名	
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）
平成 年 月 日		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 信用銀行 支店 農協 支所				（ ）
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	こども保健福祉課
電話	059 (354) 8187

附 則

(施行期日)

- 1 この規則は、平成28年10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処分、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)