

令和3年度予防接種補助事業実施要項

1. 目的

組合員の健康維持と学校等での感染防止を図る。

2. 対象者

公立学校共済組合宮崎支部組合員（被扶養者及び任意継続組合員を除く）

3. 補助対象予防接種

- (1) インフルエンザ
- (2) 麻しん（はしか）
- (3) 流行性耳下腺炎（おたふくかぜ）
- (4) 風しん（三日はしか）
- (5) 水痘（水ぼうそう）
- (6) 麻しん風しん混合

4. 接種期間

令和3年4月1日から令和4年2月28日

5. 補助額

補助対象予防接種に応じ、次の表に定める額を、当該実施年度内1種類につき1回限り補助する。

ただし、市町村や他団体から同様の補助等がある場合は、その額を差し引いた額を補助の対象とし、次の表に定める額を下回る場合は、その実費額を補助する。

予防接種の種類	補助額
(1) インフルエンザ	1,500円
(2) 麻しん (3) 流行性耳下腺炎 (4) 風しん (5) 水痘	2,000円
(6) 麻しん風しん混合	3,500円

6. 請求方法

別紙「予防接種補助金請求書」に領収書（原本）等を添付し請求する。

7. 提出期限

随時請求。

ただし、当該実施年度の最終提出期限は、令和4年2月28日（月）支部必着とする。

8. 支払方法

毎月末日までに請求のあったものを、原則として翌月末に組合員の給付金口座に振込むものとする。

振り込み通知は行わない。