

健 対 第 580 号
令和6年7月24日

公益社団法人 富山県医師会長 様

富山県厚生部健康対策室長
(公 印 省 略)

とやまっ子インフルエンザ予防接種助成事業（未就学児対象）の実施に係る協力について（依頼）

日頃から、本県の感染症対策の推進に多大なご協力を賜り、厚くお礼申し上げます。

さて、県では、秋から冬のインフルエンザ流行期間において、新型コロナウイルス感染症への対応とあわせ、医療機関の負担が大きくなることをあらかじめ防止するとともに、子育て世帯の経済的負担の軽減を図ることを目的に、未就学児のインフルエンザの予防接種費用に対して助成することとし、本年10月からの実施に向けて準備を進めているところです。

貴会におかれましては、本事業にご協力いただく医療機関（委託契約を希望される医療機関）の募集と、貴会員医療機関との委託契約のとりまとめについて、下記のとおりご協力を賜りたく、よろしくご配慮のほどお願い申し上げます。

なお、各公的病院及び自治体立診療所については、当課より別途委託契約に係る意向を伺い、個別に契約を締結することとしておりますことを申し添えます。

記

○委託契約締結の流れ

- 1 富山県感染症対策課から貴会員医療機関に事業概要（別紙）を周知
↓
- 2 当該助成制度を利用した接種の実施を希望する医療機関から、県医師会あてに「とやまっ子インフルエンザ予防接種助成事業委託契約委任状（様式第1号）」を提出
↓
- 3 委任状を提出いただいた医療機関の代表者として、貴会と県が委託契約を締結（後日お送りする委託契約書への記名押印をお願いいたします。）

<事務担当>

感染症対策課管理・医療調整担当 川原

電話：076-444-5591 FAX：076-444-8900

とやまっ子インフルエンザ予防接種助成事業の概要について
＜未就学児対象＞

1 事業の目的

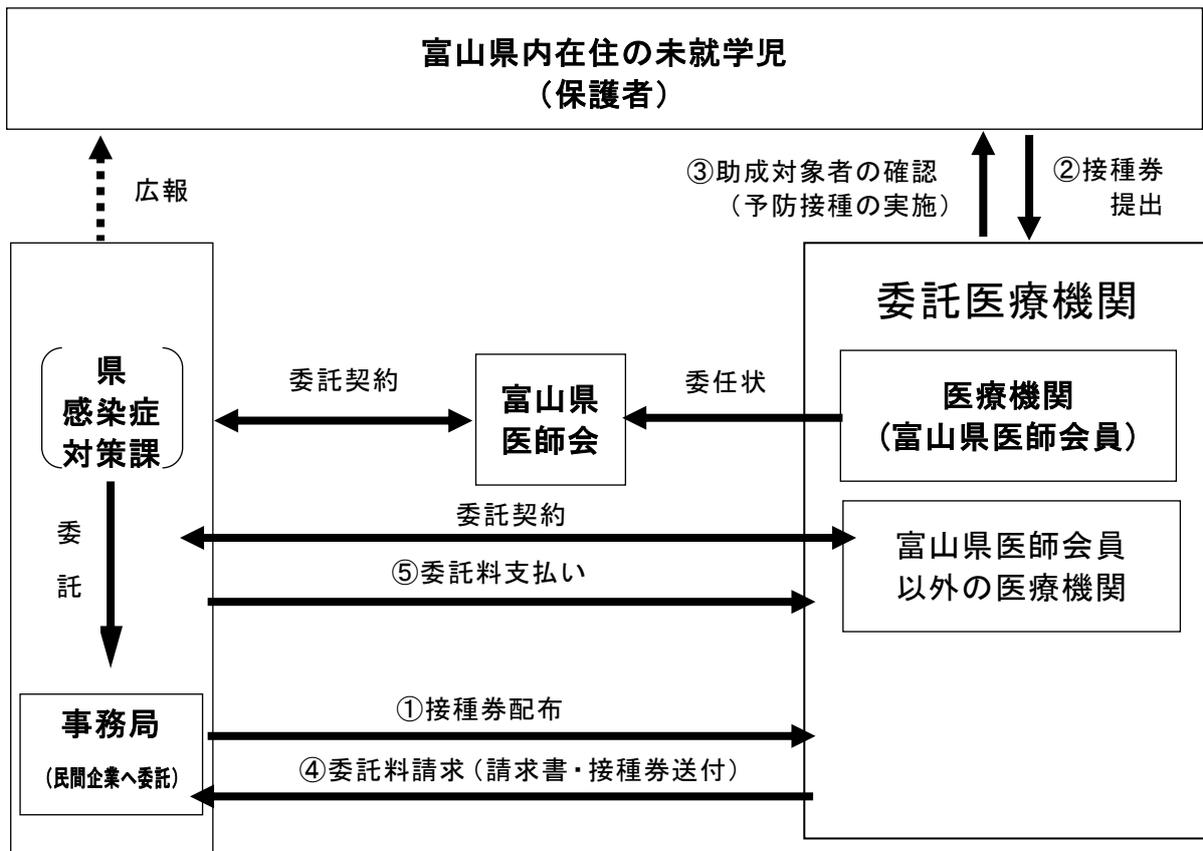
未就学児の感染予防対策として、秋から冬のインフルエンザ流行期間において、未就学児のインフルエンザの予防接種費用に助成するものです。

2 事業の内容

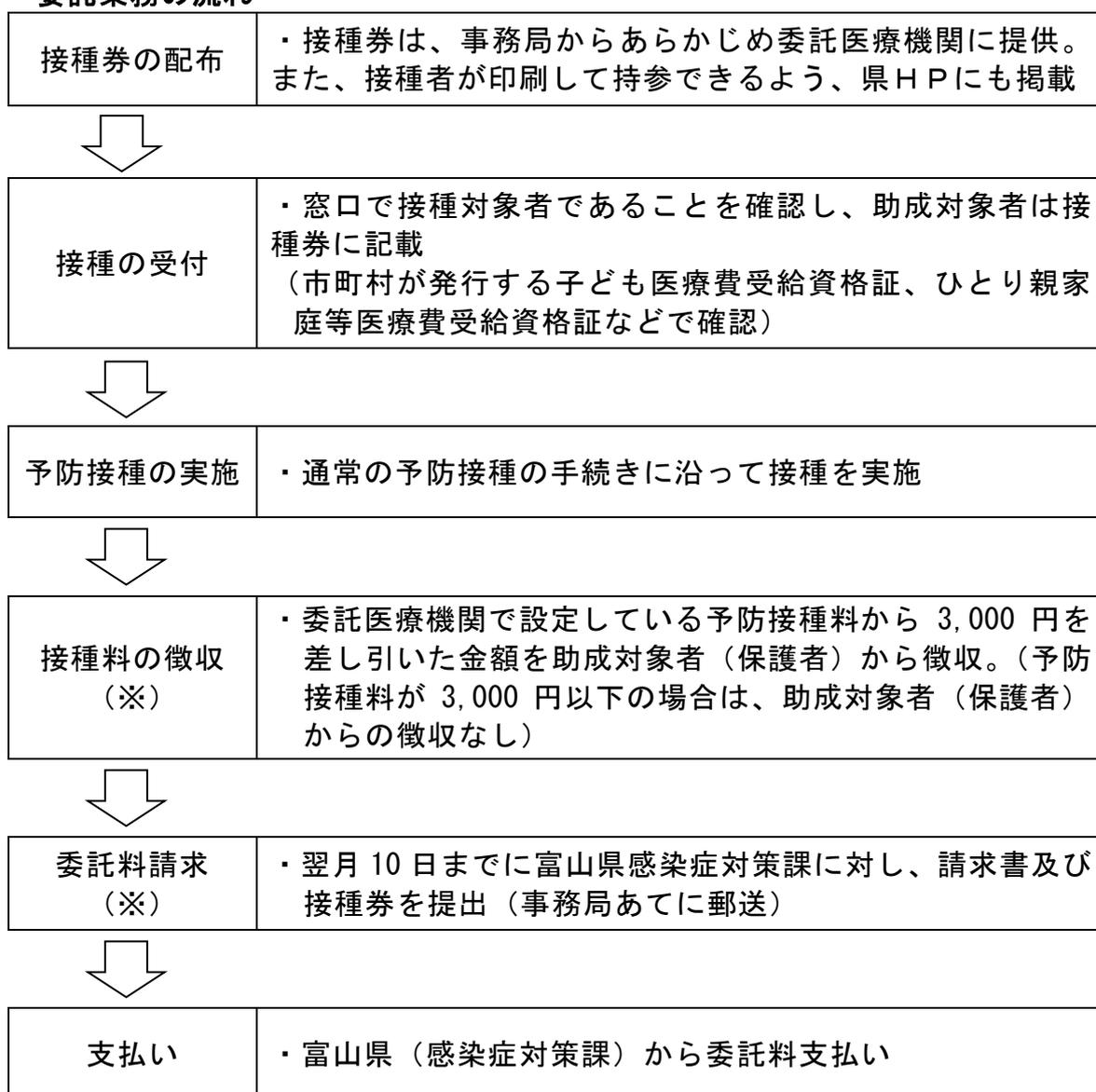
- (1) 実施主体 県
- (2) 助成対象 県内在住の未就学児（接種日において生後6か月以上）
- (3) 助成対象期間 令和6年10月1日から令和7年1月31日まで
- (4) 助成金額 1回の接種につき上限3,000円（1人2回まで）
（接種料が3,000円未満の場合は、接種料が助成金額となります）

3 実施体制

本事業における助成対象者への助成は接種医療機関（委託）への接種料の一部支払による間接給付とし、とやまっ子インフルエンザ予防接種助成事業委託契約に基づき、助成対象者の確認、委託料（接種料）の請求は、委託契約を締結した医療機関において実施いただきます。



4 委託業務の流れ



※助成金額(委託料)は1回あたり上限3,000円となります。

(例)

- ・ 接種料が4,000円の場合…助成対象者から1,000円(4,000円-3,000円)を徴収し、委託料として3,000円を県に請求
- ・ 接種料が2,000円の場合…助成対象者からの徴収なし。委託料として2,000円を県に請求

※接種料が3,000円を超える場合「とみいくデジタルポイント」(令和6年10月より1歳半時に30,000円相当の電子ポイントを配布予定、こども家庭室事業)又は有効期限内の「とやまっ子 子育て応援券」(1枚500円、こども家庭室事業)と併用可能(県助成3,000円との差額に充当)

※R6助成対象:県内在住の未就学児(生後6か月以上)約40,000人

とやまっ子インフルエンザ予防接種助成事業実施要領

1 目的

未就学児の感染予防対策として、秋から冬のインフルエンザ流行期間において、未就学児のインフルエンザの予防接種費用に助成をするもの。

2 実施主体

本事業は、県が関係機関の協力を得て行うものとする。

3 助成対象期間

令和6年10月1日から令和7年1月31日まで

4 業務の内容

インフルエンザ予防接種（以下「予防接種」という。）への助成

5 助成対象者

助成対象者は次に定める者とする。

- (1) 県内に住所を有する、予防接種の接種日において生後6か月から小学校就学の始期に達するまでの者
- (2) 令和6年能登半島地震により、居住地である都道府県、市町村において予防接種を受けることが困難な者で、予防接種の接種日において生後6か月から小学校就学の始期に達するまでの者

6 助成回数

1人につき2回まで

7 実施体制

県は、「とやまっ子インフルエンザ予防接種助成事業委託契約書」により、予防接種への助成業務に関する必要な委託契約を公益社団法人富山県医師会（以下「県医師会」という。）または公的病院等と締結して行うものとする。

助成の対象となる予防接種は、予防接種を実施できる医療機関のうち、協力が得られた医療機関（以下「協力医療機関」という。）において行われる予防接種とする。

なお、県医師会に加盟している協力医療機関の開設者または管理者は、別紙様式第1号「とやまっ子インフルエンザ予防接種助成事業委託契約委任状」または電磁的方法により契約締結に関する権限を県医師会に委任するものとする。電子申請また、委任事項に変更があった場合は、改めて県医師会へ上記委任状を提出または電磁的方法により連絡するものとする。

8 助成の実施

協力医療機関は、助成対象者の確認に必要な手続きを次の通り行うものとする。なお、予防接種に必要な保護者への説明、保護者の同意、接種の判断など、予防接種の実施に必要な手続きについては、従来の医療機関の手続きにより行われるものとする。

- (1) とやまっ子インフルエンザ予防接種券の配置

協力医療機関は、県が配付する、別紙様式第2号「とやまっ子インフルエンザ予防接種券」（以下「接種券」という。）を窓口等に配置し、助成対象者に提供するも

のとする。

(2) 助成対象者の確認

協力医療機関は、接種券が提出された場合には、市町村が発行する子ども医療費受給資格証、ひとり親家庭等医療費受給資格証などにより、助成対象者であることを確認し、接種券を受け付けるものとする。

9 事業の実施報告及び委託料の請求

(1) 予防接種料の届け出

協力医療機関は、あらかじめ、様式第3号「予防接種料等届出書」により本事業において実施する予防接種の料金を設定し、県へ提出するものとする。

(2) 実施報告書兼請求書の提出

協力医療機関は、接種券を受け付けて予防接種を実施した場合、原則、実施した月の翌月10日までに、別紙様式第4号「実施報告書兼請求書」及び接種券を県へ提出するものとする。なお、予防接種を受けた者が本事業の対象者に該当しない場合又は接種券の紛失等により提出できない場合は、当該接種券に係る請求はできないものとする。

10 助成対象者への予防接種費用の請求

予防接種を受ける者が助成対象者の場合、予防接種にかかる費用は、協力医療機関が設定する予防接種料から、1回あたり3,000円を差し引いた金額を徴収するものとする。なお、協力医療機関が設定する予防接種料が3,000円以下の場合は、助成対象者から徴収しないものとする。

11 個人情報の保護

この要領に基づく業務の遂行にあたっては、個人情報の取り扱いに十分留意するものとする。

12 その他

この要領に定めのない事項については、県と関係機関とで協議し、別に定めるものとする。

附 則

この要領は、令和2年9月28日から適用する。

附 則

この要領は、令和3年8月5日から適用する。

附 則

この要領は、令和4年7月1日から適用する。

附 則

この要領は、令和5年6月26日から適用する。

附 則

この要領は、令和6年1月4日から適用する。

附 則

この要領は、令和6年7月8日から適用する。

様式第1号

とやまっ子インフルエンザ予防接種助成事業委託契約委任状

令和 年 月 日

受任者

公益社団法人 富山県医師会長 様

委任者

※「請求書」の請求者と同じであること

医療機関名

開設者又は管理者

医療機関所在地

医療機関電話番号

私または当医療機関は、富山県が実施する「とやまっ子インフルエンザ予防接種助成事業」の実施に協力することを承諾いたします。

つきましては、公益社団法人富山県医師会長を代理人に定め、富山県と「とやまっ子インフルエンザ予防接種助成事業委託契約」を締結する権限を委任します。

発行責任者 役職・氏名・連絡先：

担当者 部署名・氏名・連絡先：

未就学児用

とやまっ子インフルエンザ予防接種券

(ふりがな)	
受ける人の氏名	
住 所	
生 年 月 日	平成・令和 年 月 日
年 齢	満 歳 か月
接 種 回 数	1 回目 ・ 2 回目
接 種 日	令和 年 月 日

・接種回数に○をつけて下さい。

上記のとおり相違ありません。また、本接種券が医療機関から富山県に提出されることに同意します。

保護者署名

(自署)

(医療機関記入欄)

助成対象者であることを確認し、予防接種を実施しました。

令和 年 月 日

医療機関名

医師署名または記名押印



様式第3号

予防接種料等届出書（とやまっ子インフルエンザ予防接種助成事業）

令和 年 月 日

富山県知事 殿

※「委任状」または「電磁的方法」による委任者
と同じであること

医療機関名

郵便番号

所在地

開設者又は管理者

印

令和 年度とやまっ子インフルエンザ予防接種助成事業における、予防接種料について、次の通り届け出ます。また、事業実施後に請求する費用は、以下の口座に振り込み願います。

【予防接種料】

区分	単価
1回目	円
2回目	円

※消費税及び地方消費税に相当する額を含む金額を記載してください。

【振込先口座】

昨年度と同じ

新規・昨年度より変更（下記のとおり）

金融機関名	銀行 信用金庫 信用組合	本店 (所) 支店 (所) 出張所
預金種別	普通	・ 当座
口座番号		
フリガナ		
口座名義		

様式第4号

実施報告書兼請求書（とやまっ子インフルエンザ予防接種助成事業）

令和 年 月 日

富山県知事 殿

※「委任状」または「電磁的方法」による委任者
と同じであること

医療機関名

所在地

開設者又は管理者

印

令和 年 月分のとやまっ子インフルエンザ予防接種助成に要した費用を下記の
通り請求します。

請求金額

円

(請求内訳)

区分	単価	人数	金額
1回目	円	人	円
2回目	円	人	円

※接種券添付