

令和5年10月4日

市内障害福祉サービス事業所 代表者 各位

日立市長 小川 春樹
(障害福祉課 扱い)

日立市障害福祉サービス事業所等職員インフルエンザ予防接種費補助事業の 実施について（通知）

秋冷の候、ますます御清栄のこととお喜び申し上げます。

日ごろから、本市の障害福祉行政の推進につきましては、種々御協力を賜り厚くお礼申し上げます。

さて、本市では、新型コロナウイルスとインフルエンザの同時流行が懸念される中、継続して障害福祉サービスを受けられる環境を整備するため、市内の障害福祉サービス事業所等に勤務する職員を対象として、インフルエンザ予防接種費用の自己負担分を全額補助することとしました。

つきましては、補助金の交付申請について、関係書類の提出をお願いいたします。

記

1 事業の概要

(1) 補助対象経費

障害福祉サービス事業所、地域活動支援センター及び障がい児児童クラブに勤務する職員のインフルエンザ予防接種費

※ 職員には、派遣職員及び業務委託によるかたを含みますが、単発的なイベントなどによるかたは含みません。

※ 予防接種日以降に勤務しているかたに限ります。

(2) 補助金の額

予防接種費の自己負担額全額

※ 加入する健康保険組合等の助成がある場合は、当該助成額を差し引いた額

(3) 補助対象期間（予防接種期間）

令和5年10月1日から令和6年1月31日まで

(4) 補助対象回数

職員1人につき、1回とします。

(5) 補助申請者

障害福祉サービス事業所等の代表者

2 提出書類

- (1) 補助金交付申請書兼請求書（様式第1号）
- (2) 対象者明細表
- (3) 予防接種に係る領収書の写し

※ 領収書には、「接種年月日」「被接種者氏名」「自己負担額（1人あたりの金額）」「予防接種の種類（インフルエンザ）」の記載が必要となります。

領収書の余白に「予防接種の種類」など記載を受けた場合は、その箇所に医療機関の証明印が必要となります。

※ 領収書の紛失等によりその写しを提出することができない場合は、補助を受けることができません。

- (4) 口座振込先届出書

3 提出期間

令和5年10月4日（水）から令和6年2月14日（水）まで

4 提出方法

市障害福祉課に郵送いただくか、直接提出してください。

※ 感染リスク回避に関する取組の一環として、できるだけ郵送による提出に御協力をお願いします。

5 補助金の支払方法等

- (1) 口座振込先届出書に記載された口座にお支払いします。
- (2) 法人等で職員の予防接種費用を負担した場合を除き、補助金を予防接種を受けた職員に支払いの上、職員から受領書をもらってください。なお、受領書については、実績報告書に添付していただきます。
- (3) 実績報告書の提出時期については、別途お知らせします。

6 その他

- (1) 提出書類等については、市ホームページを参照してください。
【[トップ](#)>[事業者の方へ](#)>[福祉・介護](#)>[障害福祉サービス事業者の方へ](#)>[障害福祉サービス事業所等職員インフルエンザ予防接種費補助事業について](#)】
- (2) 他の事業所等の職務を兼ねる職員がいる場合には、二重に申請することのないよう、十分に確認をお願いします。

7 問合せ先及び提出先

日上市保健福祉部障害福祉課（担当：寺田・菊池）

〒317-8601 日上市助川町1-1-1

TEL 0294-22-3111（内線465）

IP電話 050-5528-5075