

令和5年10月4日

日立市子どもセンターさくらんぼ 所長

障害福祉課長

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）

標記について、新型コロナウイルス感染症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提供でき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、所属職員に周知いただくと共に、センターにおいて関係書類を取りまとめの上、提出をお願いいたします。

記

1 事業の概要

(1) 補助対象者（申請者）

日立市子どもセンターさくらんぼ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、外部講師など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

インフルエンザ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（茨城県市町村職員共済組合等からの助成分を差し引いた額となります。）

(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。

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（予防接種に係る領収書の写しを添付してください。）

※ 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）」の記載が必要です。

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

証明印が必要になります。

※ 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。

(3) 口座振込先届出書（派遣職員及び業務委託による方のみ）

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 提出先

障害福祉課

5 補助金の支払方法

各職員の給与等の振込口座（派遣職員及び業務委託のかたは、口座振込先届に記載された口座）にお支払いします。

6 その他

他の事業所等の職務を兼ねる職員がいる場合は、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

障害福祉課（内線465）

以 上