

インフルエンザ予防接種 助成のお知らせ

季節性インフルエンザ予防接種の時期となりました。

町はインフルエンザの発病・重篤化の防止を図るため、接種費の助成を行います。

町内指定医療機関で接種する場合は、町助成（HAワクチン 3,700 円、フルミスト点鼻液 7,300 円）後の自己負担額で接種可能です。希望される方は医療機関にご確認ください。

対 象 者	生後6か月以上～六戸学園 9 年生相当 ※接種日時点で六戸町に住所を有する生後6か月以上である者。	
助成対象接種期間	令和8年10月1日～ 令和9年 2 月 28日	
接 種 回 数	HAワクチン	生後 6 か月から六戸学園 9 年生 ※生後 6 か月～六戸学園 6 年生は 2 回まで、六戸学園 7～9 年生は 1 回のみ
	フルミスト点鼻液	2 歳から六戸学園 9 年生まで 1 回
自 己 負 担 額	HAワクチン: 1 回につき 1,000 円 または、フルミスト点鼻液: 2,000 円	

■町内指定医療機関で接種する場合

医療機関	実施概要	HA ワクチン	フルミスト 点鼻液
沼田医院 電話番号 0176- 55-3069	電話予約必要 55-3069 ・電話受付時間 【平日】 午前8時30分～11時30分・午後2時00分～5時 00 分 【木曜日・土曜日】 午前8時30分～11時30分 【休診】 木曜日午後・第2土曜日・日曜日・祝日 ※他のワクチンとの接種間隔を14日以上空けてください。	○	○
六戸町 国民健康保険 診療所 0176- 55-3121	電話予約不要 ※ 六戸学園7年生相当以上のみ接種可能 (13歳に満たなくても六戸学園7年生相当であれば接種可能) ・接種時間 【月曜日・金曜日】 午前8時30分～11時30分・午後2時00分～4時30分 【火曜日・水曜日・木曜日】 午前8時30分～11時30分・午後2時00分～2 時 45 分 【休診】 土曜日・日曜日・祝日 ※他のワクチンとの接種間隔を13日以上空けてください。 ※火曜日の夕暮れ診療での接種は不可。	○	

■持ち物（共通）

- ☐ 予診票 ☐ 母子健康手帳 ☐ マイナンバーカード（マイナ保険証）または、資格確認証等
☐ 自己負担額 ☐ おくすり手帳 ※接種日は、保護者同伴でお願いいたします。

・フルミスト点鼻液を希望される方へ

フルミスト点鼻液用予診票は、同封しておりません。沼田医院に予約をしたのち、福祉課窓口、または沼田医院で予診票を受領してください。

※フルミスト点鼻液は、数に限りがあるため、希望しても接種できない場合がございます。

・注意事項

- ◆接種の際は保護者の同伴が必須です。副反応の起きやすい接種後30分間はお子さまの体調に変化がないか、よく観察してください。
- ◆2回接種されるお子さまは、1回目接種後およそ2～4週の間隔をおいて2回目の接種が望ましいとされています。
- ◆六戸町に住所を有しない期間に接種した者については、助成対象外となりますので、ご了承ください。
- ◆接種を希望される(接種する)予防接種については、HAワクチンとフルミスト点鼻液とで、注意事項が異なります。当てはまる方のワクチンについて別紙の注意事項をよくお読みになり医療機関へご予約・ご相談ください。

■町指定医療機関以外で接種する場合（償還払い）

町指定医療機関以外で接種した場合は、実際に要した接種費用から自己負担額を引いた額と助成限度額【HAワクチン 3,700円 / フルミスト点鼻液 7,300円】のどちらか低い額を助成いたします。

○申請書類

- ☐ 任意予防接種費償還払申請書兼請求書
- ☐ インフルエンザ予防接種を受けたことがわかる領収書・明細書（どちらも原本）
- ☐ 母子健康手帳（表紙と予防接種の記録）の写し
- ☐ 申請者名義の通帳の写し（銀行名・支店名・口座番号・口座名義人が記載されている部分）

※領収書・明細書・母子健康手帳のいずれかに、HAワクチンかフルミスト点鼻液かが明記されているか確認してください。ワクチンの種類を確認出来ない場合は、HAワクチンとして助成させていただきます。早めの申請をお願いします。