

**インフルエンザ予防接種費**

**助成のお知らせ**

**インフルエンザ予防接種費**

**助成のお知らせ**

季節性インフルエンザ予防接種の時期になりました。インフルエンザの発病・重篤化の防止を

図るため、乳幼児・児童に対し予防接種費の助成を行います。

流行前（１２月中旬頃まで）に接種しましょう。

|  |  |
| --- | --- |
| 対象者 | 生後６か月※以上中学３年生まで  ※接種日時点で生後６か月以上であること。 |
| 助成対象  接種期間 | **令和６年１０月１日（火）～ 令和７年１月３１日（金）** |
| 接種回数 | 生後６か月～小学６年生　　　　　２回まで |
| 中学１年生～中学３年生　　　　　１回のみ |
| 接種料 | 自己負担　1,000円  ※ただし、償還払の場合は、上限額３,７００円を超えた分が自己負担となります。 |
| **町 指 定 医 療 機 関** で接種する場合  **町指定医療機関① 【 沼 田 医 院 】**  電 話 番 号 ： 0176-55-3069 **※直接医療機関へ予約をしてください。**  予約受付時間： 午前８時３０分～午前１１時３０分　　午後２時００分～午後５時00分  ※木曜日、土曜日の受付時間は午前８時３０分～午前１１時３０分のみ  休　　診　 日：　日曜日、祝日、第二土曜日、木曜日午後、土曜日午後  持 ち も の： □予診票 □母子健康手帳 □マイナンバーカード又は健康保険証  □接種費1,000円  ※保護者同伴で来院してください。  ※他のワクチンとの接種間隔を１４日以上あけてください。  **町指定医療機関② 【六戸町国民健康保険診療所】※電話予約不要**  **※中学１年生以上のみ接種可能（１３歳に満たなくても中学１年生であれば接種可能）**  接 種 時 間：　月曜日・金曜日　午前８時３０分～午後４時３０分  　　　　　　　　　　　 　　火曜日・水曜日・木曜日　午前８時３０分～午後３時  **※火曜日の夕暮れ診療での接種は不可。**  休　　診　 日： 土曜日、日曜日、祝日  持 ち も の：　□予診票 □母子健康手帳 □マイナンバーカード又は健康保険証  　　　　　　　　　　　　　　 □接種費1,000円  　※保護者同伴で来院してください。  ※他のワクチンとの接種間隔を１３日以上あけてください。  ※かかりつけ医がある方は、接種可能か確認して来院してください。 | |
| **町 指 定 医 療 機 関 以 外** で接種する場合  町指定医療機関以外で接種した場合は、**償還払**の申請をすることで助成を受けられます。  以下の必要書類をご用意し、郵送または役場福祉課までお越しください。  **○来庁する場合の必要書類**  □ インフルエンザ予防接種を受けたことがわかる領収書（原本）  □ 母子健康手帳  □ 通帳（銀行名・支店名・口座番号・口座名義人がわかるもの）  **○郵送する場合の同封物**  　□ 予防接種費償還払申請書兼請求書  　□ インフルエンザの予防接種を受けたことがわかる領収書（原本）    **郵送先**：〒039-2392  六戸町大字犬落瀬字前谷地６０番地  　　　　　　　　　六戸町役場福祉課　予防接種費助成担当  **〇助成の申請期間**  **令和６年１０月１日（火）～令和７年２月２８日（金）**  **※郵送の場合は、必着です　。** | |
| 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。 |
| お問い合わせ | 福祉課　予防接種費助成担当  　℡：５５－３１１１　内線（１３６） |