

令和 7 年度

小児・妊婦インフルエンザ予防接種の接種費用助成のご案内

1. 対象者

接種日に白川町に住所がある下記の方

①生後6か月～中学校3年生

②妊婦(接種日以前に妊娠届け出を行っている方)

2. 助成金額

1 回 2,000 円 年度内 2 回まで(13 歳以上の方は 1 回)

※ 経鼻タイプも助成対象です。2歳～中学3年生まで 1回

※ 妊婦の方はどの医療機関で接種をしても、償還払いとなります。接種時に一旦全額お支払いください。

3. 接種期間

令和 7 年 10 月 1 日(水)～令和 8 年 1 月 31 日(土)

	加茂医師会管内医療機関	その他の医療機関と妊婦の方
予約	医療機関に予約をします。(予約が不要な医療機関あり)	
医療機関での接種料金の支払い方法	接種時に上記助成額を差し引いた差額をお支払いください。	医療機関の指定はありません。接種時に一旦全額お支払いください。
助成申請方法	既に助成額を差し引いていますので、接種を受けた方がその後の手続きをする必要はありません。 ※ 医療機関が助成額を町に請求する際、医療機関から町へ予診票などの提出を求めます。提出された個人情報接種費用助成以外に使用する事はありません。	接種終了後、各地区出張所または町民会館1階保健センター内保健係へ下記の物を提出してください。 提出期限：令和 8 年2月 27 日(金) ①インフルエンザ予防接種費用助成申請書(申請書は、各地区出張所、町民会館 1 階保健センター内保健係にあります。町 Web サイトからダウンロード可) ②領収書の原本 (被接種者名、インフルエンザ予防接種の領収書と明記してあるもの) ※助成費用は口座振込みです。口座番号等の分かる通帳等をお持ちください。