

妊婦・子どもインフルエンザ予防接種
接種にあたっての注意事項

1 助成対象

予防接種日に清須市に住民登録があり、妊娠中、あるいは生後6か月～18歳（平成17年4月2日以降生）の方。

2 接種の年度内における助成の回数

- ・接種日に13歳未満の方は2回まで。
- ・接種日に13歳以上の方は1回限り。

3 助成費用および接種費用の支払い

- ・助成費用は、予防接種1回あたり上限1,000円です。
- ・医療機関でのお支払いの際は、接種に要する費用から助成額を差し引いた金額をお支払いください。

4 他の予防接種との接種間隔

かかりつけ医とご相談の上、接種を受けてください。

5 健康被害に対する救済措置について

妊婦・子どもインフルエンザ予防接種（季節性インフルエンザワクチン）は、予防接種法に基づかない任意の予防接種であるため、万一、インフルエンザワクチン接種による健康被害が発生した場合は、予防接種法の被害救済対象にはなりませんが、独立行政法人医薬品医療機器総合機構法に基づく、副作用救済給付の対象になります。

問合せ：清須市役所 健康推進課

電話 052-400-2911（代表）

年 月 日

妊婦・子どもインフルエンザ予防接種費助成金交付申請書
兼代理受領に関する委任状

（宛先）清須市長 様

清須市妊婦・子どもインフルエンザ予防接種費助成に関する要綱第8条第1項の規定により次のとおり申請します。

なお、助成金の受給資格確認に当たり、住民基本台帳の確認を行うこと及び医療機関等に対する確認を行うことに同意します。

また、助成金の受領に関しては、接種を受けた医療機関に委任します。

申請者（保護者）（自署）住 所 _____

氏 名 _____

電話番号 () _____

申請者記入	接種者住所	<input type="checkbox"/> 申請者の住所に同じ。 <input type="checkbox"/> その他（清須市 _____）	
	（フリガナ） 接種者氏名		
	生年月日	年 月 日生 （ 歳 か月）	

医療機関記入	接種日 (回数に☑)	年 月 日接種 <input type="checkbox"/> 1回目 <input type="checkbox"/> 2回目		
	Lot.No. 接種量 (皮下注射)	接種量 ml	Lot.No.	
	被接種者 確認	氏名・年齢・住所の確認		妊娠の確認
		<input type="checkbox"/> 健康保険証 <input type="checkbox"/> こども医療費受給証明書 <input type="checkbox"/> その他 (_____)	<input type="checkbox"/> 母子健康手帳	
	補助額	1,000円・その他 (_____ 円)		
医療機関	住所 _____ 医師名 _____ 〒452-0942 清須市清洲1丁目4-0 このはなファミリークリニック 院長 横倉久幸			

Tel 0523257596 Fax 0523257597