

佐世保市 子どものインフルエンザ予防接種費用一部助成事業概要 (令和6年度 子どもの季節性インフルエンザ)

1 事業の目的

費用の一部を助成することで接種を推進し、インフルエンザ感染や重症化を予防し、あわせて子育て費用の負担軽減をはかり、子どもの健やかな成長を支援する。

通常、子どものインフルエンザ予防接種は全額自己負担となるが、上記の目的で、平成18年度から佐世保市独自の事業として実施。

2 対象者

佐世保市民で 生後6か月から小学6年生までの者

3 対象期間 令和6年10月1日～令和7年2月末日までの接種が対象

※ただし、流行の時期を考慮し、年内の接種を勧奨

4 接種費用

(1) 個人負担額 医療機関によって設定してください。

※接種時に医療機関の窓口で実費徴収してください。

(2) 委託料（佐世保市への請求に基づき医療機関へ支払います）

①要負担者 3, 200円×接種件数

②生活保護受給者 4, 500円×接種件数（個人負担免除）

注）接種した月の「保護受給証明書」「生活保護法医療券・調剤券」等の写しを必ず添付してください。

③接種不可者 1, 985円×件数

5 接種量、回数、間隔等

2週間～4週間の間隔で下記の量を2回皮下に注射する。

・ 生後6か月～3歳未満 0. 25ml

・ 3歳以上13歳未満 0. 5ml

注：メーカーによっては、1歳未満への接種ができないものもありますので、ご注意ください。

6 請求の手続き等

①毎月取りまとめ、翌月20日までに佐世保市感染症対策課へ請求してください。

提出する書類 様式1「佐世保市子どものインフルエンザ予防接種申請書」

様式2「子どもインフルエンザ（任意）予防接種実績報告書」

様式3「佐世保市子どものインフルエンザ予防接種費用一部助成事業請求書」

（予診票の提出は求めません）

②接種不可者 様式2「実績報告書」に、接種不可者の予診票の写しなど、接種を見合わせたことが証明できるものを必ず添付してください。

③様式等の補充について

様式等が不足した場合は佐世保市感染症対策課までご連絡ください。

（様式1、様式3は、コピーして利用していただいても結構です。）

7 その他 ワクチン、子どものインフルエンザ予防接種の予診票は、各医療機関で ご準備ください。

以 上