

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7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します。

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りますが、上記の目的で、佐世保市独自の事業として実施しています。

なお、令和7年度から、従来の注射ワクチンに加え、経鼻生ワクチンを助成の対象とします。

2 対象期間 令和7年10月1日～令和8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、年内の接種を推奨

3 対象者と対象のワクチン（費用、用量等）

【注射ワクチン】

対象者	佐世保市民の生後6月の乳児から小学6年生の児童まで	
接種費用 (委託料)	要負担者	3, 200円×接種件数
	生活保護受給者	4, 500円×接種件数（個人負担免除）
接種量等	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歳以上小学6年生まで 0. 5ml	

【経鼻生ワクチン】

対象者	佐世保市民の2歳の幼児から小学6年生の児童まで	
接種費用 (委託料)	要負担者	5, 400円×接種件数
	生活保護受給者	7, 700円×接種件数（個人負担免除）
接種量等	0.2mlを1回（各鼻腔内に0.1mlを1噴霧）、鼻腔内に噴霧する。	

【各ワクチン共通事項】

接種費用 (個人負担金)	要負担者の個人負担金は、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。
接種費用（委託料）	接種不可者（予診のみ） 2, 013円×件数 ※不可の場合は、予診票を添付してください。
生活保護受給者について	接種した月が生活保護受給中であることがわかる「受給証明書」または、生活保護法における「医療券」または「調剤券」の写しを必ず添付してください。

4 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1-2「佐世保市子どものインフルエンザ予防接種申請書」
(経鼻生ワクチン用)

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)

佐世保市保健福祉部感染症対策課

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。)

5 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