

島本町子どものインフルエンザ 予防接種費用の一部助成について



【接種対象者】 接種日現在、島本町に住民票のある生後6か月～中学3年生の方

※ワクチンの種類によっては接種開始が1歳からの場合もありますので、医療機関とご相談ください。

※助成の申請ができるのは、島本町に住民票のある接種対象者の保護者となります。

【接種期間】 令和7年10月1日（水）～令和8年1月31日（土）

【助成額】 接種1回につき、1,000円を助成

（1回目の接種時点で13歳未満の方は1人2回、13歳以上は原則1人1回まで）

【接種場所・助成方法】

くわしくはこちら ⇒



- ① 接種の際に、指定医療機関へ「島本町子どものインフルエンザ予防接種費用助成金申請書兼代理受領委任状」を提出し、本来の接種費用から1,000円を引いた金額を指定医療機関へお支払いください。
- ② 指定医療機関以外の医療機関でも接種は可能
医療機関窓口で一旦接種費用を全額お支払いいただき、後日すこやか推進課の窓口で申請することで、助成額を振込します。（申請期限 令和8年3月31日）

【持ち物】 母子健康手帳

島本町子どものインフルエンザ予防接種費用助成金申請書兼代理受領委任状（裏面）

※子どものインフルエンザ予防接種費用助成金申請書兼代理受領委任状は指定医療機関で接種する場合のみご用意ください。なお、医療機関での混雑をさけるため、事前に裏面をご記入の上、医療機関へ持参するようご協力ください。



注意事項

子どものインフルエンザ予防接種は、予防接種法に基づかない任意接種です。

ワクチンの接種により入院が必要な程度健康被害が生じた場合は、「独立行政法人医薬品医療機器総合機構法」に基づく救済を受けることができますが、予防接種法による救済とは給付額などが異なります。

これらのことを十分に理解の上、接種するかどうかを決定してください。

くわしくはこちら ⇒



【問合先】 島本町 健康福祉部 すこやか推進課（ふれあいセンター内）

住所：〒618-0022 島本町桜井三丁目4-1

TEL: 075-961-1122 FAX: 075-961-1116

年 月 日

島本町長 様

申 請 者（保護者） _____

被接種者との続柄 _____

住 所 _____

電話番号 _____

島本町子どものインフルエンザ予防接種費用助成金申請書兼代理受領委任状

子どものインフルエンザ予防接種は、予防接種法に基づかない任意接種であり、予防接種法に基づく定期接種とは健康被害が生じた場合の救済額等が異なることを理解した上で接種を受け、次のとおり子どものインフルエンザ予防接種費用の助成を申請します。

なお、助成金の請求及び受領に係る権限を指定医療機関に委任します。

被接種者 (子ども)	ふりがな 氏名	()	生年月日	年 月 日 (歳 か月)
			学年	いずれかにチェックを入れてください。 ☐ 小学校入学前 ☐ 小学 年生 ☐ 中学 年生
	住所	いずれかにチェックを入れてください。 ☐ 申請者と同じ ☐ 申請者と異なる (〒 -)		
今年度の インフルエンザ接種回数		1 回目 ・ 2 回目		

【指定医療機関記入欄】

医療機関名	接種医師名	接 種 日
		年 月 日