

立山町在住のお子様を対象に インフルエンザ予防接種にかかる費用を助成します



●助成対象者(①②③のいずれか) ※立山町在住の方に限ります。

①接種日において生後6か月から6歳に達する日以降の3月31日までの間にある方

②令和7年4月1日において、小学生、中学生の方

③高校生年齢相当(H19.4.2~H22.4.1生まれ)の方

●助成対象期間 令和7年10月1日から令和8年1月31日まで

町ホームページ↓



●助成内容

【皮下接種】 ○3,000 円/回(上限) ○助成回数 ・生後6か月~小学生まで(接種2回まで) ・中学生~高校生年齢まで(接種1回まで)	【経鼻接種】 ○5,000 円/回(上限) ○助成回数 ・2歳~高校生年齢まで(接種1回まで)
--	---

●接種までの流れ

予防接種を予約	医療機関に予防接種を予約 ※予約の有無は医療機関に確認してください。※助成対象医療機関は町 HP に掲載
接種助成券を記入	本チラシ裏面が「接種助成券」となります。 必要事項を記入し医療機関の窓口へ提出してください。 ※紛失された場合などは、町ホームページからダウンロードしてご使用ください。
予防接種を受ける	「接種助成券」及び「 <u>子ども医療費受給資格証</u> 」等を持参し、 予防接種を受けてください。 ※その他必要書類は受診する医療機関にご確認ください。

〈注意〉お子様のインフルエンザ予防接種は任意の接種となります。

立山町こどもインフルエンザ予防接種助成券

(接種期間：令和 7 年 10 月 1 日～令和 8 年 1 月 31 日)

接種を受ける人	(フリガナ)					
	氏 名					
	受 給 者 番 号	<input type="checkbox"/> 子ども医療費受給資格証 <input type="checkbox"/> ひとり親家庭等医療費受給資格証				
		<input type="checkbox"/> その他				
	接 種 回 数	<input type="checkbox"/> 生後 6 か月～小学生		皮下	<input type="checkbox"/> 1 回目	<input type="checkbox"/> 2 回目
		<input type="checkbox"/> 2 歳以上～小学生		経鼻	<input type="checkbox"/> 1 回目	
<input type="checkbox"/> 中学生～高校生年齢		皮下	<input type="checkbox"/> 1 回目			
		経鼻	<input type="checkbox"/> 1 回目			
接 種 年 月 日	令和 年 月 日					

上記のとおり相違ありません。また、本接種助成券が医療機関から立山町に提出されることに同意します。

保護者署名 (自署)

※立山町在住のお子様であることを確認するため、立山町の「子ども医療費受給資格証」、「ひとり親家庭等医療費受給資格証」等を医療機関窓口に提示してください。

.....

(医療機関記入欄)

助成対象者であることを確認し、予防接種を実施しました。

令和 年 月 日 (接種日)

医 療 機 関 名
医 師 署 名
または記名押印