

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、高槻市に住民票のある生後6か月～小学6年生のお子さま

※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、高槻市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】 10月1日～12月28日

【助成額】 接種1回につき、1,000円を助成（2回まで）

【接種場所】 高槻市が指定する医療機関

※高槻市ホームページでご確認いただくか、子ども保健課までお問い合わせください。
※指定医療機関以外で接種する場合、接種費用を助成することはできません。
※事前に医療機関への予約が必要となります。



【持ち物】 ・母子健康手帳
・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）

※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。

【助成方法】 接種の際に、指定医療機関へ「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。



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の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」及び「高槻市予防接種事故災害補償要綱」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。

【問合先】高槻市 子ども未来部 子ども保健課（子ども保健センター）

住所：〒569-0096 高槻市八丁畷町12番5号

TEL：072-648-3272 FAX：072-648-3274

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

令和 年 月 日

(宛先) 高槻市長

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、助成額の受領に係る手続きについては、接種医療機関に委任します。

申請者 (保護者)	ふりがな 氏名	()	被接種者との 続柄	
	住所	〒569- 高槻市	電話番号	() -
被接種者 (子ども)	ふりがな 氏名	()	生年月日	平成 年 月 日 令和 (歳 か月)
	住所	いずれかにチェックを入れてください。 <input type="checkbox"/> 申請者と同じ <input type="checkbox"/> 申請者と異なる (〒569- 高槻市)		
	今年度の インフルエンザ接種回数	1回目 ・ 2回目		

これより下は医療機関が記入してください。

接種医療機関名

まつしたクリニック

接種医師名

松下弘二

接種年月日