

# 【子ども：任意接種】 インフルエンザ予防接種費用の一部助成について

子育て家庭の経済的負担を軽減するため、生後6か月から高校3年生までを対象にインフルエンザ予防接種費用の一部助成を行います。

子どものインフルエンザ予防接種は、保護者や本人の意思、保護者の責任のもと任意で行われる予防接種です。

1 助成対象者：

接種時点で村に住所を有する生後6か月児～高校3年生(相当年齢を含む)

2 実施期間（助成期間）：令和8年10月1日から令和9年1月31日まで

※インフルエンザワクチンは、効果が現れるまで約2週間程度かかり、約3から5か月間その効果が持続するといわれています。希望する場合は早めに受けてください。

3 助成額：1回につき、上限1,500円を1人2回まで

※ワクチンの種類（注射・点鼻）は問いません。  
ただし、接種料金が1,500円を超えない場合、接種料金までを助成します。

4 接種場所：(子どもインフルエンザワクチン接種実施医療機関)

村が指定するワクチン接種実施医療機関で接種する場合

① 右記の医療機関で実施しています。接種日・接種時間・ワクチンの在庫などは医療機関によって異なりますので、あらかじめ接種を希望する医療機関にお問い合わせください。

② 接種当日に、下記を医療機関に提出してください。

☐ 村の助成金申請書

※裏面に申請書があります（記入もれに十分ご注意ください）

接種の都度、1人1枚の申請書が必要です。

※助成金申請書の用紙は、下記にあります。

本紙の裏面（コピー可）、役場窓口、医療機関、村のホームページ

☐ 母子健康手帳（または接種歴が分かるもの）

③ 接種後、医療機関に自己負担額（村の助成1,500円が差し引かれた額）を支払ってください。

指定医療機関以外で接種する場合（償還払い）

① 医療機関に各自で予約をしてください。

② 接種後、医療機関にいったん接種費用全額を支払ってください。

③ その後、令和9年2月12日(金)までに、健康福祉課で助成の申請手続きをしてください。

<申請手続きに必要なもの>

☐ 村の償還払申請書

※村のホームページ トップ>くらしの情報>医療・介護・福祉>医療について>子どもの任意インフルエンザ予防接種費用の一部助成のお知らせ からダウンロードできます。

☐ 接種者名の記載のある接種費用領収書、振込先通帳（保護者名義）、母子健康手帳または接種済証

④ 申請を審査後、助成金をお振込みします。

## 【子ども】関川村インフルエンザワクチン接種実施医療機関

かかりつけではない医療機関で接種される場合は、事前にかかりつけ医とよく相談してください。

| 地区名  | 医療機関名      | 電話番号    | 受け入れ年齢                 | 備考                                                      |
|------|------------|---------|------------------------|---------------------------------------------------------|
| 関川村  | 佐藤内科小児科医院  | 64-1047 | 6か月～高校3年生<br>（相当年齢を含む） |                                                         |
|      | 関川診療所      | 64-1051 | 6か月～高校3年生<br>（相当年齢を含む） |                                                         |
| 荒川地区 | 荒川中央クリニック  | 50-5222 | 6か月～高校3年生<br>（相当年齢を含む） |                                                         |
|      | 佐野医院       | 50-5170 | 2歳～高校3年生<br>（相当年齢を含む）  |                                                         |
|      | 県立坂町病院     | 62-3111 | 6か月～高校3年生<br>（相当年齢を含む） | 小児科:6か月～中学3年生<br>内科:高校1年～3年生                            |
| 神林地区 | 澤田医院       | 66-7811 | 1歳～高校3年生<br>（相当年齢を含む）  |                                                         |
|      | 鈴木医院       | 66-5307 | 6か月～高校3年生<br>（相当年齢を含む） |                                                         |
| 村上地区 | 瀬賀医院       | 58-2220 | 6か月～高校3年生<br>（相当年齢を含む） |                                                         |
|      | 村上おかだクリニック | 75-6150 | 小学生～高校3年生<br>（相当年齢を含む） |                                                         |
|      | きむら内科クリニック | 75-8500 | 10歳～高校3年生<br>（相当年齢を含む） | 小4(10歳)～小6までは<br>点鼻ワクチンのみ                               |
|      | しぶや小児科医院   | 53-8787 | 6か月～高校3年生<br>（相当年齢を含む） | <接種当日受付時間><br>火～金曜日<br>午後2時～2時50分<br>(インフルエンザ接種のみの場合)   |
|      | 厚生連村上総合病院  | 53-2141 | 6か月～高校3年生<br>（相当年齢を含む） | <来院による受付時間><br>平日8時30分～午後5時<br><電話による受付時間><br>平日午後2時～4時 |

☆助成金申請書に不備があると、医療機関では申請が受理されません。  
(接種後、償還払い申請の対象となります。)

【問い合わせ】 関川村 健康福祉課 健康推進班 ☎ 0254—64—1472（直通）

（裏面も必ずご確認ください）

※この文書は全世帯に配付しています。対象外の世帯に配布された場合はご容赦ください。

関川村インフルエンザワクチン任意接種費用

助成金申請書（子ども）

令和 年 月 日

関川村長 様

|              |          |
|--------------|----------|
| 申請者<br>(保護者) | 住所：関川村大字 |
|              | 氏名：      |
|              | 電話：      |

インフルエンザ接種費用の助成を受けたいので、次のとおり申請します。  
なお助成を受けるにあたり必要があるときは、関川村が住民基本台帳の閲覧や医療機関へ確認を行うことに同意します。

【被接種者】

|        |                                |
|--------|--------------------------------|
| 住 所    | 関川村大字                          |
| 氏 名    | ( 男・女 )                        |
| 生年月日   | 平成・令和 年 月 日生 ( 歳 か月 )          |
| 申請回数   | 1 回目 ・ 2 回目                    |
| 交付申請金額 | 1 回につき 1,500 円 (各年度 1 人 2 回まで) |

○ 接種医療機関 記入欄

上記の申請者に任意予防接種を行い、接種に係る費用について 1,500 円を差し引いた額を受領しました。

|          |
|----------|
| 令和 年 月 日 |
| 医療機関住所   |
| 医療機関名    |
| 接種医氏名    |

記入例

関川村インフルエンザワクチン任意接種費用

助成金申請書（子ども）

令和 年 月 日

関川村長 様

保護者が記入し、接種当日、医療機関に提出してください

|              |                  |
|--------------|------------------|
| 申請者<br>(保護者) | 住所：関川村大字〇〇1234-1 |
|              | 氏名：関 川 太 郎       |
|              | 電話：0254-64-△△△△  |

インフルエンザ接種費用の助成を受けたいので、次のとおり申請します。  
なお助成を受けるにあたり必要があるときは、関川村が住民基本台帳の閲覧や医療機関へ確認を行うことに同意します。

【被接種者】

|        |                                |
|--------|--------------------------------|
| 住 所    | 関川村大字〇〇1234-1                  |
| 氏 名    | 関 川 かおる ( 男・女 )                |
| 生年月日   | 平成・令和 5 年 4 月 3 日生 ( 〇歳 6 か月 ) |
| 申請回数   | 1 回目 ・ 2 回目                    |
| 交付申請金額 | 1 回につき 1,500 円 (各年度 1 人 2 回まで) |

○ 接種医療機関 記入欄

上記の申請者に任意予防接種を行い、接種に係る費用について 1,500 円を差し引いた額を受領しました。

|          |
|----------|
| 令和 年 月 日 |
| 医療機関住所   |
| 医療機関名    |
| 接種医氏名    |

記入は不要です