

海津市長 あて

任意インフルエンザ予防接種 「申込書」兼「接種報告書」

(海津市に住民票がある 1 歳から中学校を卒業するまでの方)

令和 年 月 日

下記の説明事項をよく理解したうえで、接種を申し込みます。

該当する接種回数の□にレを記入してください。

経鼻弱毒生インフルエンザワクチンの助成対象は 2 歳以上で助成回数 1 回です。

今年度接種回数

☐ 1 回目☐ 2 回目 (1 回目接種日: 令和 年 月 日)

接種者 氏名	(男・女)	生年 月 日	平成・令和 年 月 日 (満 歳)
保護者 氏名	(接種者との続柄)		(小学・中学 年生)
住所	海津市	電話	

【説明事項】

- ① 助成期間は 令和 7 年 10 月 1 日～令和 8 年 1 月 31 日 です。期間内に海津市指定医療機関で接種した場合に費用助成を行います。
- ② 医師の診察・説明を受け、インフルエンザ予防接種の効果や副反応などについて理解したうえで接種してください。
- ③ この予防接種は海津市が行政措置として実施するもので、予防接種法に基づく定期予防接種ではありませんので、健康被害が生じた場合、国の健康被害救済制度の対象ではありません。審査により、「独立行政法人医薬品医療機器総合機構法」又は、「海津市予防接種事故災害補償規程」に基づく補償を行います。
- ④ 助成額は、接種料金の 1/2 (上限 2,000 円、10 円未満は切り捨て) を費用助成します。助成額を差し引いた金額を医療機関にお支払いください。2 回の接種までが助成対象です。

医療機関記入

下記のとおり任意インフルエンザ予防接種を実施したので報告します。

今年度接種回数	1 回目 ・ 2 回目	
ワクチンロット番号		
接種方法 * 該当する方に○をつけてください	皮下接種	経鼻接種 (鼻腔内噴霧)
接種済印		
実施場所 (医療機関名) 接 種 医	岐阜県海津市平田町三郷 891-1 医療法人社団 関南会 榊原医院 理事長 榊原 巧	