

横手市妊婦・18歳以下 任意インフルエンザ予防接種における留意事項

(令和8年度医療機関用)

1. 対象者および接種期間・回数・公費負担額について

ワクチンの種類	インフルエンザ (不活化ワクチン)	インフルエンザ (経鼻弱毒生ワクチン：フルミスト点鼻液)
助成対象者	- 横手市に住民登録し、接種を希望する、以下のいずれかに該当する方。 - 接種当日、生後6か月以上<u>18歳*</u>(<u>高校3年生相当</u>)の方 ※18歳：平成20年4月2日～平成21年4月1日生まれ - 妊娠している方(母子健康手帳によりご確認ください)	- 接種当日、2歳以上<u>18歳*</u>(<u>高校3年生相当</u>)の方 ※18歳：平成20年4月2日～平成21年4月1日生まれ ※妊娠していることが明らかな方は接種不可
接種期間	令和8年10月1日～令和9年2月28日まで(期間外の接種は本事業の対象外)	
接種回数	1人2回：生後6か月以上13歳未満の方 1人1回：13歳以上18歳*(高校3年生相当)の方、妊娠している方	1人1回
公費負担額	1,500円/1回につき(年齢に応じた回数) ※高齢者インフルエンザと金額が異なります	3,000円/1回
	※生活保護世帯の対象者は、公費負担額を超えた分も全額公費負担です。 (接種料金が公費負担額に満たない場合は、接種料金を請求額としてください)	

2. 対象者の確認について

- 接種当日に、母子健康手帳、マイナ保険証等で住所・氏名・生年月日等を確認してください。
(確認できない場合は、健康推進課へご連絡ください)

3. 予診票について

- 接種年月日、接種回数、住所(※地番の記入漏れが多いです)等、記入漏れにご注意ください。
 - インフルエンザ予防接種希望書欄は、原則として本人の署名です。予防接種に関わる医療機関の医師及び看護師は署名できません。本人が署名できない場合は、家族又は本人の状態をよく知る付き添いの方に代筆していただきます。
 - 「接種を希望します・接種を希望しません」欄は、必ず○で囲むようお願いします。
- 予診票や請求書が不足した場合は、健康推進課へご連絡ください。

6. インフルエンザ予防接種済証の発行について

- 医師署名欄について、直筆でない場合は印鑑の押印が必要です。(押印漏れにご注意ください。)
- 16歳以上の方が保護者の同伴なしで来院した場合でも、本人の同意があれば予防接種を実施することが可能です。その場合は、「保護者又は妊婦自署」欄の記載は不要です。
- 母子手帳に接種記録を記載しない場合、接種済証の空いている場所にロットシールの貼付けをお願いします。

7. 請求書について(※見本あり)

- 予診票(横手市提出用)と一緒に、翌月10日まで下記へお届けください。
(11日以降の到着は、月末の支払いに間に合わない場合があります。)
- 生活保護世帯にある方は、「緊急時医療依頼証」の写しの添付が必要です。

【請求書送付先】〒013-0044 横手市横山町1番1号 横手市健康推進課

【お問い合わせ先】 ◆健康推進課 33-9600