

子どもインフルエンザ 予防接種



対象者 接種日に生後6か月から高校3年生に相当する方(和気町に住所がある方)。

助成対象期間 令和7年10月1日(水)から令和8年2月28日(土)までの接種

申請受付期間 令和7年10月1日(水)から令和8年3月31日(火)まで

接種回数 13歳未満 … 2回
13歳以上 … 1回

助成額 1回あたり 1,000円 1回の自己負担額が1,000円に満たないときは、助成の対象とはなりません。

助成(申請)方法

下記医療機関で接種する場合(役場への申請は不要)

- (1) 医療機関でインフルエンザの予防接種を受ける。
- (2) 接種費用から町の助成額(1,000円)を差し引いた額を医療機関に支払う。

下記医療機関以外で接種する場合

- (1) 医療機関でインフルエンザの予防接種を受ける。
- (2) 接種費用全額を医療機関に支払う。
- (3) 申請書を役場に提出する。
※本庁舎住民課、佐伯庁舎総務事業課にある「和気町インフルエンザワクチン接種費用負担軽減事業申請書兼請求書」(第1号様式)に必要事項を記入の上、領収書(原本)と接種済票または、母子手帳のコピーを添付して申請してください。
※振込先が確認できるものを必ず持参してください。
- (4) 審査後、助成金が振込先に送金されます。

【注意事項】領収書について、
次の事項を必ず確認してください。

- ①被接種者氏名
 - ②予防接種名
 - ③1回あたりの金額
 - ④接種日
 - ⑤領収印
- の5点が明記されたものに
限ります。(レシートは不可)

接種できる 町内の医療機関

子ども用

大田原医院

医療法人紀典会 北川病院

医療法人 平病院

渋藤医院

ほのぼのファミリークリニック

大田原321-1 ☎(93)0035

和気277 ☎(93)1141

尺所438 ☎(93)1155

父井原434-1 ☎(88)0023

泉50-1 ☎(93)0001

要予約

高校生以上

【問い合わせ先】 本庁舎 住民課 健康増進係 ☎(93)0531