

令和 2 年 9 月 1 6 日

各保護者 様

吉川市教育委員会教育長

小児インフルエンザ予防接種の助成について（お知らせ）

日頃、当市の学校保健事業の推進につきまして、ご協力をいただき誠にありがとうございます。

市では、小児インフルエンザ感染および重症化を予防するとともに、学校など集団の場で、インフルエンザがまん延することを防ぐため、予防接種費用の一部を下記のとおり助成しております。

つきましては、本制度の主旨にご理解のうえ、ご活用いただくようお願いいたします。

なお、本制度の詳細につきましては、健康増進課（電話 9 8 2 - 9 8 0 4）までお問い合わせください。

記

- 1 対 象 者 

|       |
|-------|
| 昨年度まで |
| ➡ 今年度 |

 生後 6 カ月から小学 6 年生まで  
生後 6 カ月から **中学 3 年生**まで
- 2 接種期間 **令和 2 年 1 0 月 1 日（木）から令和 3 年 1 月 3 1 日（日）まで**
- 3 助成金額 

|       |
|-------|
| 昨年度まで |
| ➡ 今年度 |

 1, 0 0 0 円  
**2, 0 0 0 円（原則 1 回目の接種時）**
- 4 助成方法 次の 2 つの方法があります。  
(1) 市の実施医療機関で申請・接種し、接種金額から **2, 0 0 0 円**引いた額を医療機関で支払います。受ける際には、「子ども医療費受給資格証」の提示が必要です。

裏面につづく

**【実施医療機関】**

相羽医院、秋本小児科アレルギー科医院、磯久クリニック、大久保クリニック、大蔵小児科内科医院、金田整形外科、埼葛クリニック、さくら医院、仁クリニック、そめや整形外科、土屋医院、トミタこどもクリニック、ネオポリスハヤシ医院、はすみクリニック、三宅クリニック、むさし野ファミリークリニック、メディカルコミュニティマイ、山口クリニック、吉川中央総合病院、吉川内科医院

(2) 実施医療機関以外の医療機関で接種後、市健康増進課で助成の申請を行うことで、助成金が申請者の口座に振り込まれます。

なお、申請期限は令和3年2月28日(日)まで

**【市健康増進課に持参するもの】**

- ・インフルエンザ予防接種を受けたことがわかるもの（接種済み証、母子健康手帳に記載されたページの写しなど）
- ・領収書（領収書に「インフルエンザ予防接種」の記載および「1回目」の記載があれば、上記不要）
- ・印鑑
- ・振込先がわかるもの（口座名義人、銀行名、口座番号など）

問合せ 健康増進課母子保健係  
電話 982-9804  
学校教育課学務保健係  
電話 984-3564