

中学生、高校生用

舟橋村のお子様を対象に インフルエンザ予防接種にかかる費用を助成します

舟橋村では、秋から冬のインフルエンザ流行期間において、お子様のインフルエンザの重症化を防止するためインフルエンザの予防接種費用の一部を助成します。

●助成対象者

接種日において生後 6 か月以上から高校 3 年生相当(平成 20 年 4 月 1 日生まで)の方

●助成対象期間

令和 7 年 10 月 1 日から令和 8 年 1 月 31 日まで

●実施場所

富山県内の協力医療機関

 富山県医師会 こどもインフルエンザ で検索

医療機関によっては、予約が必要な場合や接種対象年齢を制限している場合があります。
事前に医療機関にお問い合わせください。



●接種方法・助成回数・助成費用

皮下注射と鼻噴霧式どちらか一方のみ、助成対象となります。

接種方法	対象者	助成回数	助成費用
皮下注射 	生後 6 ヶ月から小学生	1 人 2 回まで	1 回の接種につき上限 3,000 円
	中学生、高校生相当の年齢	1 人 1 回まで	1 回の接種につき上限 3,000 円
鼻噴霧式 	2 歳から高校生相当の年齢	1 人 1 回まで	1 回の接種につき上限 5,000 円

●助成方法

医療費受給資格証及び母子手帳を持参のうえ、「舟橋村こどものインフルエンザ予防接種券・予診票」に必要事項を記入し、医療機関へ提出してください。接種後、各医療機関の定める接種費用と助成金額の差額を医療機関の窓口でお支払いください。※「接種券・予診票」は、舟橋村役場・舟橋村立図書館・舟橋会館・子育て支援センターぶらんこ等に設置しています。また、舟橋村のホームページや結ネットからもダウンロードすることができます。

※お子様のインフルエンザ予防接種は任意の接種となります。

●お問い合わせ 舟橋村役場 健康福祉課 保健係 TEL 076-464-1122

インフルエンザ予防接種 説明書

インフルエンザ予防接種は任意接種です。予防接種を受ける前に、本説明書をよくお読みください。

(1)以下に当てはまる方は予防接種を受けることができません。

- ①明らかに発熱のある人(一般的に37.5℃以上を指します。)
- ②重篤な急性疾患に罹っていることが明らかな人
- ③インフルエンザ予防接種の接種液の成分によって、アナフィラキシーショック※を起こしたことがある人
※アナフィラキシーとは、通常接種後30分以内に起こるひどいアレルギー反応の事を言います。
- ④その他、医師が不適当な状態と判断した場合

(2)以下に当てはまる方は、予防接種を受ける際に担当医師とよく相談してください。

- ①心臓血管系疾患、腎臓疾患、血液疾患、発育障害等の基礎疾患を有する人
- ②過去にけいれんの既往がある人
- ③過去に免疫不全の診断を受けている人及び近親者に先天性免疫不全症の者がいる人
- ④接種しようとする接種液の成分に対してアレルギーを呈するおそれのある人



(3)予防接種の副反応について

予防接種後の副反応に関しては、接種した医療機関へご相談ください。比較的多くみられる副反応には、接種した場所の赤み、腫れ、痛み等があげられます。接種を受けられた方の10～20%に起こりますが、通常2～3日で消失します。全身性の反応としては、発熱、頭痛、寒気、だるさなどが見られます。接種を受けられた方の5～10%に起こり、こちらも通常2～3日で消失します。

また、まれではありますが、ショック、アナフィラキシー様症状(発疹、じんましん、痒み、呼吸困難等)が見られることもあります。帰宅後に異常がみられた場合には、速やかに医師に連絡してください。

(4)任意予防接種の健康被害救済制度について

ワクチンを適正に使用したにもかかわらず発生した副反応により、健康被害が生じた場合は、独立行政法人医薬品医療機器総合機構法による救済制度の対象となります。救済制度の内容については、独立行政法人医薬品医療機器総合機構(☎0120-149-931)にお問い合わせください。

(5)各種相談窓口

相談内容	相談窓口	連絡先
予防接種、インフルエンザ、性感染症、 その他感染症全般について	厚生労働省 感染症・予防接種相談窓口	☎0120-955-956 (平日 9:00～17:00)
新型コロナウイルス感染症 各種相談(全般)についての窓口	富山県 中部厚生センター	☎076-472-0637 (平日 8:30～17:15)
定期予防接種、 任意予防接種の費用助成について	舟橋村役場 健康福祉課	☎076-464-1122 (平日 8:30～17:15)

舟橋村こどものインフルエンザ予防接種券・予診票(1 回目)

フリガナ		診察前の体温	度分
受ける人の氏名		性別	男・女
住所	舟橋村		
生年月日	平成・令和 年 月 日 (満 歳 か月)		

質問事項	回答欄		医師記入欄
今日受ける予防接種について市町村から配られている説明書を読みましたか	はい	いいえ	
今日体に具合の悪いところがありますか 具体的な症状を書いてください ()	はい	いいえ	
最近 1 カ月以内に病気にかかりましたか 病名 ()	はい	いいえ	
1 カ月以内に家族や遊び仲間に麻疹、風しん、水痘、おたふくかぜなどの病気の方がいましたか (病名)	はい	いいえ	
1 カ月以内に予防接種を受けましたか 接種日 () 予防接種の種類 ()	はい	いいえ	
生まれてから今までに先天性異常、心臓、腎臓、肝臓、脳神経、免疫不全症その他の病気にかかり、医師の診察を受けていますか 病名 ()	はい	いいえ	
その病気を診てもらっている医師に今日の予防接種を受けてよいといわれましたか	はい	いいえ	
ひきつけ (けいれん) をおこしたことがありますか () 歳頃	はい	いいえ	
そのとき熱が出ましたか	はい	いいえ	
薬や食品で皮膚に発疹やじんましんが出たり、体の具合が悪くなったことがありますか	はい	いいえ	
近親者に先天性免疫不全と診断されている方はいますか	はい	いいえ	
これまでに予防接種を受けて具合が悪くなったことはありますか 予防接種の種類 ()	ある	ない	
近親者に予防接種を受けて具合が悪くなった人はいますか	はい	いいえ	
今日の予防接種について質問がありますか	はい	いいえ	

医師記入欄

以上の問診及び診察の結果、今日の予防接種は (可能 ・ 見合わせる)

被接種者または保護者に対して、予防接種の効果、副反応及び予防接種健康被害救済制度について、説明をしました。
被接種者が助成対象者であることを確認し、予防接種を実施しました。

医師署名又は記名押印 _____

使用ワクチン名	接種方法・接種量		実施場所・医師名・接種年月日
ワクチン名	皮下接種	鼻腹内に点鼻	実施場所
Lot No.	☐ 0.25ml	(各鼻腔 0.1ml 噴霧)	医師名
※有効期限が切れていないか要確認	☐ 0.5 ml	☐ 0.2 ml	接種年月日 令和 年 月 日

インフルエンザ予防接種希望書 (医師の診察の結果、接種が可能と判断された後に記入してください。)

医師の診察・説明を受け、予防接種の効果や目的、重篤な副反応などについて理解した上で、接種を希望しますか。

(接種を希望する ・ 接種を希望しません)

この予診票は、予防接種の安全性の確保を目的としています。

このことを理解の上、本予診票が市町村に提出されることに同意します。

令和 年 月 日 保護者自署 _____

※16 歳未満の場合は保護者の署名が必要です。