

おたふくかぜワクチンについて

～予防接種費用を助成します～



浅川町では、令和6年度より、おたふくかぜワクチン（任意接種）の接種費用の助成を行います。

接種を希望する場合は、かかりつけ医によく相談し、ワクチンの効果や副反応などについて理解したうえで、予防接種を受けてください。

対象年齢	満1歳（接種日に満1歳に達している）から年長児までのお子さん
助成回数	1回 ※過去に2回おたふくかぜの予防接種を受けている場合は対象外となります。
助成期間	令和6年4月1日～令和7年2月28日
助成金額	6,000円 ※差額分は自己負担となります。接種料金は医療機関に確認してください。
接種場所	各医療機関 ※かかりつけ医と相談し、予約してから接種してください。
持参物	① 母子健康手帳 ② 健康保険証・子ども医療費受給資格証等 (お子さんの住所が確認できるもの) ③ 予防接種交付金等申請書 (接種前に保健センターから受け取ってください。) ※ホームページからもダウンロードできます。 
備考	※予診票は、医療機関で受け取ってください 過去におたふくかぜにかかったことがある場合は、対象外です。 ※このワクチンは任意接種です。万が一、健康被害等が生じた場合は、独立行政法人医薬品副作用被害救済制度による各種の救済給付が行われます。接種を受ける場合は、接種するかどうかは、かかりつけ医とご相談ください。 ※申請方法については、裏面をご覧ください。



不明な点のお問合せ先：浅川町保健センター（0247-36-4722）

【申請の流れ】 申請受付期間：令和7年3月31日

- ① 保健センターから、A（予防接種交付金等請求書）を受け取ります。
- ② 医療機関でおたふくかぜワクチンの接種を受け、窓口で接種料金を全額支払います。
また、接種証明済のAと、B（お子さんの予診票の写し）を受け取ります。
- ③ 保護者の方は、医療機関から受け取ったAとBを保健センターに提出します。
- ④ 申請後、指定の口座に6,000円を上限に振込みます。

【予防接種等請求書の記入のしかた】

- ① 接種後、医療機関で のところを記入してもらいます。
- ② 保護者の方は、 を記入します。太枠の交付金請求書の欄は記入しないでください。
申請者と接種料金の振込先は同一で記入してください。

予防接種交付金等請求書（おたふくかぜワクチン）

被接種等者氏名		性別	男・女	生年月日	年 月 日
被接種等者住所	浅川町大字 字			電話番号	
接種医療機関	名 称				
	所在地				
交付金請求額	※記入しないでください。	支払方法	口座振込	銀行 店 当・普 NO (名義名)	
予防接種等料金受領証明書(医療機関記入欄)					
予防接種名・実施年月日及び請求・受領額	おたふくかぜワクチン		年 月 日	円	
医療機関所在地 名 称 氏 名	印				
上記のとおり請求いたします。 年 月 日 住 所 浅川町大字 申請者名 印 浅川町長 様					

※添付書類：予防接種予診票（写し）