様式第１号（第５条関係）

令和８年度

柴田町任意インフルエンザ予防接種助成金代理受領委任状

柴田町長　　殿

柴田町任意インフルエンザ予防接種費用助成事業実施要綱第５条第１項の規定により、助成金の請求及び受領を指定医療機関に委任します。

接種者氏名			
生年月日 （年齢）	平成・令和　　年　　月　　日 （　　歳　　か月）	区分	□　生後６か月～年長児 □　中学３年生
保護者氏名			
住所	柴田町		
電話番号			

【注意事項】

１　予防接種を受ける指定医療機関へ提出してください。

２　この予防接種は、定期接種ではありません。希望者が対象となる任意の予防接種です。接種者の保護者がワクチンの有効性や安全性を十分に理解した上で、予防接種を受けてください。

３　予防接種の副作用によって接種者に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（平成１４年法律第１９２号）に基づく救済制度の対象となる場合があります。

【費用助成について】

対象期間：接種日が１０月１日から翌年１月３１日まで　※接種期間は医療機関によって異なります。

対象者　：予防接種を受ける日において柴田町内に住所を有する
　　生後６か月以上の未就学児及び中学３年生

費　用　：医療機関によって異なります。指定医療機関において予防接種を受ける際、その費用のうち、助成金相当額を差し引いた額が請求されます。

助成上限額：

区分	令和８年度対象生年月日	インフルエンザ ＨＡワクチン （6 か月以上）	フルミスト 点鼻液 （2 歳以上）
未就学児	令和 2 年 4 月 2 日～令和 8 年 7 月 31 日生 ※接種日時点で生後 6 か月以上	1回 2,000 円 （年度内 2 回まで）	4,000 円
中学３年生	平成 23 年 4 月 2 日～平成 24 年 4 月 1 日生	5,500 円	5,500 円

（医療機関記載）

医療機関名	
接種年月日	
使用ワクチン	□　インフルエンザＨＡワクチン　　□　フルミスト点鼻液ワクチン