

予防接種助成金交付の申請について

由利本荘市に住民票がある乳幼児等で、下記の定められている年齢内に秋田県広域予防接種協力医療機関外で予防接種を受けられた方の保護者は、接種した日の属する年度内に、必要書類を持参のうえ申請してください。
(年度とは:4月1日～翌年3月31日)

○対象となる予防接種

R6年度用

種 類		接 種 標 準 年 齢	定められている年齢	
ロ タ	ロタリックス (2回接種)	出生6週0日後～出生24週0日後まで	どちらも初回接種は生後2か月～出生14週6日後までに接種	
	ロタテック (3回接種)	出生6週0日後～出生32週0日後まで		
B 型 肝 炎	1回目	生後2か月～8か月で27日以上の間隔をおいて2回接種し、1回目から139日以上あけて3回目を接種	1歳未満	
	2回目			
	3回目			
ヒ ブ	初 回	生後2か月～7か月未満で接種を開始し、4～8週間の間隔で3回接種	生後2か月～5歳未満	
	追 加			
小 児 用 肺 炎 菌 球	初 回	生後2か月～7か月未満で接種を開始し、27日以上の間隔で3回接種	生後2か月～5歳未満	
	追 加			
B C G		生後5か月～8か月未満	12か月未満	
四 種 混 合 三 種 混 合 不 活 化 ポ リ オ	1 期 初 回	1 回 目	生後2か月～12か月未満	90か月未満
		2 回 目	生後2か月～12か月未満	
		3 回 目	生後2か月～12か月未満	
	1 期 追 加	3回目終了後1年～1年半後		
二 種 混 合		11歳～12歳未満	11歳～13歳未満	
MR混合 (麻疹・風疹)	1 期	生後12か月～24か月未満		
	2 期	小学校就学前の1年間(4月1日～3月31日)		
麻 疹		風疹に罹患済で生後12か月～24か月未満		
風 疹		麻疹に罹患済で生後12か月～24か月未満		
水 痘	1 回 目	生後12～15か月	1歳～3歳未満	
	2 回 目	1回目終了後6～12月の間隔		
日 本 脳 炎	1 期 初 回	1 回 目	3歳～4歳	90か月未満
		2 回 目	3歳～4歳	
	1 期 追 加	4歳～5歳	9歳～13歳未満	
	2 期	9歳～10歳		
ヒトパピローマ (子宮頸がん予防)	1 回 目	小学校6年生～高校1年生相当の年齢の方		
	2 回 目			
	3 回 目			

※ 日本脳炎特例対象者について:平成7年4月2日～平成19年4月1日生の方は、接種未完了分(4回接種で完了)を20歳未満まで公費で接種することができます。

※ ヒトパピローマウイルス感染症予防接種について:平成9年4月2日～平成19年4月1日生の女子は令和7年3月31日まで公費で接種することができます。

○ 提 出 書 類 ・ 予 防 接 種 助 成 金 交 付 申 請 書

※ 申請書は健康づくり課または各総合支所市民サービス課(岩城地域は保健センター)にあります。

※ 申請書は市ホームページからもダウンロード可能です。

・予防接種受診料領収書(原本) ※診療明細書が発行された場合、一緒にご提出ください。

・予防接種予診票(結果)または母子健康手帳の写し

※ 接種年月日、ロット番号、医療機関等が記載されている「予防接種の記録」欄の写しが必要です。

※ 申請書の回数・金額・助成金請求額は提出書類を確認した上での記載となりますので、空欄のままお持ちください。

※ 助成金は由利本荘市で決められた予防接種委託料を上限といたします。

※ 助成金は、申請書に記載された保護者名義の口座に申請後1か月位で振り込まれますが、振り込まれない場合はご連絡ください。

※ ご不明な点については、下記にお問い合わせください。

《お問い合わせ先》 健康づくり課または各総合支所市民サービス課(岩城は保健センター)

本 荘 健康づくり課 TEL 22-1834

大 内 総合支所 TEL 65-2810

矢 島 総合支所 TEL 55-4959

東 由 利 総合支所 TEL 69-2117

岩 城 総合支所 TEL 73-3612

西 目 総合支所 TEL 33-4620

由 利 総合支所 TEL 53-2113

鳥 海 総合支所 TEL 57-3503