

子どものインフルエンザ



予防接種費用を全額助成します

冬季に流行が懸念されている、インフルエンザの感染及び重症化を予防するため、今年度もインフルエンザ予防接種費用の助成を行います。今年度より経鼻ワクチンも対象となりました。

1 接種対象者

接種日当日、坂戸市に住民登録のある
生後満6か月から中学3年生までの方

2 助成対象者

接種対象者の保護者

3 接種期間

令和7年9月1日（月）から
令和8年2月15日（日）まで

申請期限

令和8年2月15日（日）まで

消印有効

4 対象ワクチン

- ・インフルエンザHAワクチン（注射するワクチン）
- ・経鼻弱毒生インフルエンザワクチン（点鼻するワクチン）

5 助成金額

インフルエンザ予防接種費用全額
※診察の結果、接種を見送った場合に要した費用は全額自己負担になります。

6 助成回数

1回目の接種日時点の年齢により、助成回数が異なります。

種類	1回	2回
HAワクチン（注射）	満13歳以上	満13歳未満
経鼻弱毒生ワクチン（点鼻）	2歳以上	

7 助成方法

(1) 指定医療機関で接種

医療機関窓口でのインフルエンザ予防接種費用の支払いが不要となります。

※医療機関に備え付けの「坂戸市子どもインフルエンザ予防接種予診票兼助成金申請書」に必要事項を記載し、医療機関へ提出してください。

(2) 指定医療機関以外での接種

医療機関窓口でインフルエンザ予防接種費用を全額お支払いいただき、申請期間内に、下記書類を坂戸市立市民健康センターへ郵送にて申請してください。

●申請に必要な書類

- ①坂戸市子どもインフルエンザ予防接種費用助成金交付申請書
- ②坂戸市子どもインフルエンザ予防接種費用助成金交付請求書
- ③接種費用の支払いと接種記録が確認できる書類の**原本**（領収書、明細書等）
- ④振込先口座が分かるものの**写し**（通帳、キャッシュカード等）

次ページ以降の

記入例や注意点をよく読んで申請してください

記入例

坂戸市子どもインフルエンザ予防接種費用助成金交付申請書

坂戸市長あて

助成対象者（保護者）の住所・氏名等をご記入ください
 ※請求書の助成対象者・振込名義と同一名義になります

日中つながりやすい連絡先をご記入ください

※選択項目は□に✓をつけてください。

※機械で読み取りを行いますので、太枠内を消えない黒色のボールペンで、楷書ではっきりと記載してください。

助成対象者 (保護者)	住所	坂戸市石井2327-10				電話番号	090-1234-5678	
	氏名フリガナ	セイ	サカド	メイ	ナルコ	氏名	坂戸 成子	
被接種者1	住所	☑助成対象者と同じ				ワクチンの種類	☑HA □経鼻弱毒生	
	氏名フリガナ	セイ	サカド	メイ	イズミ	1回目接種費用 (a)	3 0 0 0 円	
	氏名	姓	坂戸	名	泉	2回目接種費用 (a')	3 0 0 0 円	
	生年月日	☑平成 □令和	28年8月20日生			接種費用計(A) (a)+(a')	6 0 0 0 円	
被接種者2	住所	☑助成対象者と同じ				ワクチンの種類	□HA ☑経鼻弱毒生	
	氏名フリガナ	セイ	サカド	メイ	ミドリ	1回目接種費用 (b)	8 8 0 0 円	
	氏名	姓	坂戸	名	みどり	2回目接種費用 (b')	円	
	生年月日	□平成 ☑令和	3年5月2日生			接種費用計(B) (b)+(b')	8 8 0 0 円	
被接種者3	住所	□助成対象者と同じ				ワクチンの種類	□HA □経鼻弱毒生	
	氏名フリガナ	セイ		メイ		1回目接種費用 (c)	円	
	氏名	姓		名		2回目接種費用 (c')	円	
	生年月日	□平成 □令和	年 月 日生			接種費用計(C) (c)+(c')	円	
被接種者4	住所	□助成対象者と同じ				ワクチンの種類	□HA □経鼻弱毒生	
	氏名フリガナ	セイ		メイ		1回目接種費用 (d)	円	
	氏名	姓		名		2回目接種費用 (d')	円	
	生年月日	□平成 □令和	年 月 日生			接種費用計(D) (d)+(d')	円	
被接種者5	住所	□助成対象者と同じ				ワクチンの種類	□HA □経鼻弱毒生	
	氏名フリガナ	セイ		メイ		1回目接種費用 (e)	円	
	氏名	姓		名		2回目接種費用 (e')	円	
	生年月日	□平成 □令和	年 月 日生			接種費用計(E) (e)+(e')	円	
申請日						令和7年11月23日	申請金額 (A)+(B)+(C)+(D)+(E)	
							1 4 8 0 0 円	

助成対象となる年齢（接種日時点で生後満6か月から中学3年生）の予防接種を受けたお子さんの氏名・生年月日等をご記入ください（申請する人数分）

合計金額をご記入ください
 ※この金額を請求書に記入します

※添付書類（別紙「添付書類台紙」に貼り付けてください）

- 領収書（原本）
- 振込先口座の分かるものの写し（通帳、キャッシュカード等）

添付書類台紙に貼り付けたか
 確認してください

領収書の注意点



例1 領収書

領収書の市名は被接種者（フルネーム）になっていますか？

※世帯合算の場合は被接種者全員のフルネーム、接種者ごとの接種単価を明記してください

請求書兼領収書

氏名 坂戸 みどり 様

令和7年10月10日

初・再診料	医学管理等	在宅医療	投薬	注射	検査
点	点	点	点	点	点
手術	処置	画像検査	麻酔	病理・放射線	その他
点	点	点	点	点	点

保険点数合計	負担率	負担金	保険外合計
点	%	円	円
			8,800

請求金額	領収金額
8,800円	8,800円

インフルエンザ経鼻弱毒生ワクチン予防接種代として
坂戸市大字石井 2327 番地 99

領収書

氏名 坂戸 泉 様

令和7年10月14日

3,000円

但し、インフルエンザHAワクチン予防接種代として
坂戸市大字石井2327番地99
さかろんクリニック

ワクチンの種類の記載はありますか？

※領収書にどちらのワクチンを接種したか記載がない場合は、領収書だけでは受付できません。

※記載がない場合は、必ず但し書きを依頼していただくか、母子手帳等に貼ってあるロットシールの写し等を一緒に提出してください



例2 領収書・診療報酬明細書

領収書と同時に発行された「診療報酬明細書」にワクチンの種類の記載があるときは

領収書と診療報酬明細書を一緒にご提出ください

医療費請求（領収）書

坂戸市千代田一丁目1番99号 さかろん総合病院

患者番号:12345678

患者氏名:坂戸 泉 様

生年月日:平成28年8月20日

診療日:令和7年11月17日

初・再診料	医学管理等	在宅医療	投薬	注射	合計点数
点	点	点	点	点	点
手術	処置	画像検査	麻酔	病理・放射線	保険負担金額
点	点	点	点	点	点

自費負担金額	文書料	予防注射	その他
点	%	円	
		3,000	

請求金額	領収金額
3,000円	3,000円

領収印



診療明細書

さかろん総合病院

患者氏名|坂戸 泉 様

診療科|内科

項目名	点数	回数
保険外 インフルエンザ HA ワクチン	3,000	1

令和7年11月17日



指定医療機関

下記の医療機関では、窓口でのインフルエンザ予防接種費用の支払いが不要となります。

東部		北坂戸		鶴ヶ島市	
小川医院	小 沼	丸山内科クリニック	薬 師 町	みなくち小児科	鶴ヶ丘
広瀬内科クリニック	塚 越	坂戸内科医院	薬 師 町	関越クリニック	松ヶ丘
坂戸		あさひ整形外科・皮ふ科☆	泉 町	ヒロレディースクリニック	若 葉
おがわこどもクリニック	千 代 田	原田内科クリニック	未 広 町	若葉こどもクリニック	藤 金
藤井小児科医院	千 代 田	関越腎クリニック	未 広 町	たわらクリニック	藤 金
菅野病院	関 間	北坂戸クリニック	溝 端 町	あらおファミリークリニック	脚 折 町
きもと内科・消化器内科クリニック	関 間	松本内科・消化器クリニック	溝 端 町	鶴ヶ島医院	脚 折
田島内科小児科医院	関 間	西部		一本松クリニック☆	下 新 田
やまだクリニック○	清 水 町	坂戸西診療所	北 峰	鶴ヶ島在宅医療診療所	高 倉
小林内科医院	山 田 町	シャロームにつさい医院	北 峰	鶴ヶ島ほっこり村診療所	高 倉
吉松医院	日の出町	脳神経外科ブレインピア坂戸西☆	新 堀	染井クリニック◎	新 町
根本整形外科医院◇	日の出町	花水木こどもクリニック	につさい花みず	しんまちクリニック	新 町
渋谷こどもクリニック	日の出町	町野皮ふ科	につさい花みず	毛呂山町	
守屋医院	日の出町	鶴ヶ島市		おっぱ小児科・アレルギー科クリニック	若 山
栄クリニック	日の出町	かなざわクリニック	富 士 見	東松山市	
Ai clinic	緑 町	厚友クリニック	五味ヶ谷	こどもクリニックいとう小児科	岩 殿
浅羽クリニック○	浅 羽	若葉台耳鼻咽喉科	上 広 谷		
北坂戸		若葉台皮膚科	上 広 谷		
吉川クリニック	薬 師 町	たきがわクリニック☆	鶴 ヶ 丘		

◎は1歳以上、○は3歳以上、☆は小学生以上、◇は13歳以上を対象



指定医療機関以外で接種した際の申請

●医療機関窓口でインフルエンザ予防接種費用を全額お支払いいただいた後、申請期間内に、坂戸市立市民健康センターへ申請していただく必要があります。

以下の書類が揃っているかご確認の上、郵送にて申請をお願いします。

- 坂戸市子どもインフルエンザ予防接種費用助成金交付申請書
- 坂戸市子どもインフルエンザ予防接種費用助成金交付請求書
- 接種費用の支払いと接種記録が確認できる書類の原本（領収書、明細書等）
- 振込先口座が分かるものの写し（通帳、キャッシュカード等）

●書類に不備があった場合等は、担当からご連絡させていただく場合がございます。

●申請受付後、交付決定を行い、請求書に記入された口座へ助成金を振り込みます。振込日は、交付決定後、送付される交付決定通知をご確認ください。

申請書類送付先

〒350-0212 埼玉県坂戸市大字石井2327番地3

坂戸市立市民健康センター 子どもインフルエンザ予防接種費用助成金担当

申請期限

令和8年2月15日（日）消印有効

※期限日以降は一切受付できませんので、ご注意ください

お問い合わせ

坂戸市立市民健康センター

埼玉県坂戸市大字石井2327番地3

TEL : 049-284-1621 Mail : sakado55@city.sakado.lg.jp