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。

申請期限
令和９年２月１５日（月）まで
消印有効

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８年９月１日（火）から
令和９年２月１５日（月）まで

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）	満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。

事前に記載したい方・持参が必要な場合はこちらから印刷してください

（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

関係）

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

（提出先：坂戸市立市民健康センター）

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

ンザ

なお、助成金の交付の決定に当たり必要となる情報について、市民健康センターの職員が住民基本台帳等により確認することについて同意します。

申請者（保護者）	住所																		
	ふりがな	せい			めい						電話番号								
	氏名	姓			名						被接種者との続柄								
被接種者1	住所	□申請者と同じ。									ワクチンの種類								
	ふりがな	せい			めい						1回目接種費用 (a)								円
	氏名	姓			名						2回目接種費用 (a')								円
	生年月日	年　月　日									接種費用計（A） (a)+(a')								円
被接種者2	住所	□申請者と同じ。									ワクチンの種類								
	ふりがな	せい			めい						1回目接種費用 (b)								円
	氏名	姓			名						2回目接種費用 (b')								円
	生年月日	年　月　日									接種費用計（B） (b)+(b')								円
	住所	□申請者と同じ。									ワクチンの種類								
											1回目接種費用 (c)								円
											2回目接種費用 (c')								円
											接種費用計（C） (c)+(c')								円
被接種者4	住所	□申請者と同じ。									ワクチンの種類								
	ふりがな	せい			めい						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	年　月　日									接種費用計（D） (d)+(d')								円
申請日		年　月　日									申請金額 (A)+(B)+(C)+(D)+(E)								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）

確　認　事　項

1　助成回数は、予防接種（インフルエンザＨＡワクチンを使用する予防接種に限る。）を２回受ける者であって１回目の接種日において満１３歳未満であるものは２回、それ以外の者は１回となります。

2　医師の予診等の結果、予防接種をしなかった場合に要した費用

3　助成対象となる予防接種は、接種日時点で市内に住所を有する

３１日までの間にある者が受けた予防接種となります。

4　偽りその他不正な手段により助成金の交付を受けたことが判明したときは、既に交付した助成金の全部又は一部を返還していただきます。

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

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 8 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 8 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 印

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 8 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
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	ｲﾝﾌﾙｴﾝｻﾞ HA ﾜｸﾁﾝ	3,000	1

令和 8 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	たきがわクリニック☆	鶴ヶ丘
広瀬内科クリニック	塚　越	坂戸内科医院	薬師町	ヒロレディースクリニック	若　葉
坂戸		あさひ整形外科・皮ふ科〇	泉　町	若葉こどもクリニック	藤　金
おがわこどもクリニック	千代田	原田内科クリニック	末広町	たちかわ脳神経外科クリニック◇	藤　金
菅野病院	関　間	関越腎クリニック	末広町	たわらクリニック	藤　金
田島内科小児科医院	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
わかば甲状腺クリニック☆	関　間	松本内科・消化器クリニック	溝端町	鶴ヶ島医院	脚　折
坂戸八幡耳鼻咽喉科クリニック	八　幡	西部		一本松クリニック☆	下新田
やまだクリニック〇	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	シャロームにっさい医院	北　峰	鶴ヶ島ほっこり村診療所	高　倉
吉松医院	日の出町	花水木こどもクリニック	にっさい花みず木	染井クリニック◎	新　町
根本整形外科医院◇	日の出町	町野皮ふ科	にっさい花みず木	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	鶴ヶ島市		その他	
守屋医院	日の出町	井上医院□	富士見	愛和病院▼	川越市
栄クリニック	日の出町	かなざわクリニック	富士見	こどもクリニックいとう小児科	東松山市
小川産婦人科小児科	南　町	厚友クリニック	五味ヶ谷	高坂コドビクリニック	東松山市
南町クリニック	南　町	鶴ヶ島耳鼻咽喉科診療所	上広谷	ハロークリニック▼	東松山市
Ai clinic	緑　町	若葉台耳鼻咽喉科	上広谷	おっぺ小児科・アレルギー科クリニック	毛呂山町
浅羽クリニック〇	浅　羽	若葉台皮膚科	上広谷		

◎は１歳以上、〇は３歳以上、☆は小学生以上、◇は 13 歳以上、□は中学生以上を対象　　▼は予診票の持参が必要

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９年２月１５日（月）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