坂 戸 市

任意接種

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

坂戸市長あて

坂戸市子どもインフルエンザ予防接種費用助成金交付要綱第４条の規定に基づき、下記のとおり助成金の交付を申請します。

※選択項目は□に✓をつけるか塗りつぶしてください。
※機械で読取りますので、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。

申請日（接種日）	令和　　年　　月　　日						
住所	坂戸市			診察前の体温	度　　分		
被接種者	セイ		メイ	性別	□男 □女	年齢	満　　歳　　か月
	姓		名	生年月日	□平成 □令和　　年　　月　　日生		
保護者（申請者）	セイ		メイ	被接種者との続柄			
	姓		名	電話番号			

	質問事項	回答欄		医師記入欄
1	今日受ける予防接種について説明文を読んで理解しましたか	□いいえ	□はい	
2	今日受けるインフルエンザ予防接種は今シーズン１回目ですか	□いいえ（　　回目）	□はい	
3	今日、体に具合の悪いところがありますか	□はい（具体的に　　）	□いいえ	
4	現在何かの病気で医師にかかっていますか ・その場合、治療（投薬など）を受けていますか ・その病気の主治医に、今日の予防接種を受けてよいと言われましたか	□はい（病名　　） （□はい・□いいえ） （□はい・□いいえ）	□いいえ	
5	最近１か月以内に熱が出たり、病気にかかりましたか	□はい（病名　　）	□いいえ	
6	今までに特別な病気（心臓血管系・腎臓・肝臓・血液疾患、免疫不全症、その他の病気）にかかり医師の診察を受けていますか	□はい（病名　　）	□いいえ	
7	これまで間質性肺炎、気管支喘息等の呼吸器系疾患と診断され、現在、治療中ですか	□はい（　　年　　月ごろ） （□現在治療中・□治療していない）	□いいえ	
8	近親者に先天性免疫不全と診断された方がいますか	□はい	□いいえ	
9	今までにけいれん（ひきつけ）を起こしたことがありますか	□はい（　　回ぐらい） （最後は　　年　　月ごろ）	□いいえ	
10	薬や食品（ゼラチン、鶏肉、鶏卵など）で皮膚に発しんや蕁麻疹が出たり、体の具合が悪くなったことがありますか	□はい（薬、食品名　　）	□いいえ	
11	これまでに予防接種を受けて特に具合が悪くなったことがありますか	□はい（予防接種名　　） （症状　　）	□いいえ	
12	１か月以内に近親者や周囲で麻しん（はしか）、風しん、水痘（みずぼうそう）、おたふくかぜなどにかかった方がいますか	□はい（病名　　）	□いない	
13	最近１か月以内に予防接種を受けましたか	□はい（予防接種名　　）	□いいえ	
14	（女性の方に）現在妊娠していますか	□はい	□いいえ	
15	分娩時、出生時、乳幼児健診などで異常がありましたか	□はい（具体的に　　）	□いいえ	
16	その他、健康状態のことで医師に伝えておきたいことや今日の予防接種について質問がありますか	□はい（具体的に　　）	□いいえ	

※これら以外に接種にあたって確認させていただく場合があります。

以上の問診及び診察の結果、今日の予防接種は（□実施できる・□見合わせる） 本人または保護者に対して、予防接種の効果、副反応及び医薬品医療機器総合機構法に基づく救済について説明しました。	医師署名又は記名押印

承諾書兼委任状	保護者（申請者）署名
インフルエンザ予防接種の実施及び坂戸市子どもインフルエンザ予防接種費用助成金の申請にあたり、裏面記載の同意事項及び確認事項に同意します。	

使用ワクチン名及び用法・用量	ロットNo.	接種日（申請日）
□HA ワクチン　皮下接種 0.5ml □HA ワクチン　皮下接種 0.25ml □経鼻弱毒生ワクチン　点鼻（各鼻腔 0.1ml 噴霧）0.2ml		年：２０２　月：　日：

接種費用	円	接種区分	□区分１ □区分２ □区分３ □区分４ □区分５ □区分６

接種医療機関				
住所				
医療機関名				
代表者名		医療機関コード		

202610 版

同意事項

1　予防接種の実施

医師の診察・説明を受け、予防接種の効果や副反応などについて理解した上で接種することを希望します。

2　坂戸市子どもインフルエンザ予防接種助成金の申請

（1）インフルエンザ予防接種を受けた場合は、坂戸市子どもインフルエンザ予防接種費用助成金交付要綱第４条の規定に基づき、助成金の交付を申請します。

（2）坂戸市子どもインフルエンザ予防接種助成金の申請にあたり、こ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が坂戸市に提出されることに同意します。

3　坂戸市子どもインフルエンザ予防接種助成金の受領等の委任

助成金の交付が決定された場合は、助成金の交付請求及び受領の権限を表面記載の接種医療機関に委任します。

確認事項

1　代理受領

この申請書兼委任状を市長が指定する医療機関に提出することにより、インフルエンザ予防接種費用の助成を受けることができ、医療機関窓口での接種費用の支払いが不要となります。

2　接種を見合わせた場合

医師の予診等の結果、接種を見合わせた場合に要した費用は助成の対象となりません。

3　助成の対象

助成の対象となる被接種者は、接種日時点で坂戸市に住民登録がある方となります。接種日より前及び接種日に坂戸市外に転出（さかのぼりを含む）された方は対象となりません。後日、転出していたことが判明した場合は、接種費用の全額をお支払いいただきます。

4　助成回数

（1）インフルエンザ HA ワクチンを接種する場合

被接種者が、１回目接種時点で１３歳以上の中学生の場合は１回、１２歳以下の場合は２回まで助成を受けることができます。

（2）経鼻弱毒生インフルエンザワクチンを接種する場合

被接種者が、接種日時点で２歳以上中学生以下の場合は、１回助成を受けることができます。