

# おたふくかぜ任意予防接種費用助成事業について

おたふくかぜ任意予防接種の接種費用を助成します。(平成27年4月1日から)

種 類	おたふくかぜ
接種対象者	満1歳～5歳未満の町民 (過去におたふくかぜにかかったり、おたふくかぜ予防接種を受けたことがある人は対象外です。)
回 数	1回(助成額3,000円)
実施場所	下記表の指定医療機関
方 法	(1) 乳児期に配布された「予防接種とこどもの健康」をよく読む。 (2) 保健センターに、「母子健康手帳」を持参し申請。 ※予診票をお渡しします。 (3) 指定医療機関に予約。(下記に記載) (4) あらかじめ予診票に記入。 (5) 「予診票」「母子健康手帳」「健康保険証(本人確認のため)」を持参し受診する。 (6) ワクチンを接種し、母子健康手帳に記入してもらう。 (7) 助成額、3,000円を引いた額を医療機関にお支払いください。
注意事項	・麻しん風しん(MR) 予防接種を優先してください。 ・生ワクチンです。接種後4週間は、他の予防接種は受けられません。 ・過去におたふくかぜにかかったことがある場合やおたふくかぜ予防接種を受けたことがある人は、助成の対象にはなりません。 ・27年3月31日以前に接種した分は助成対象外です。 ・今後この接種が、定期化となった場合には接種回数として含めます。 ・この接種が原因で疾病になり障害になっても町からの補償はありません。

## 【指定医療機関】

- 河合診療所 TEL 57-0212 ○あおき小児科 TEL 33-7100  
○星和台クリニック TEL 31-2071  
○むらかみ小児科 TEL 73-3115  
○安達内科医院 TEL 32-0703

## 【その他の医療機関で接種の場合】

※一旦接種料金を医療機関に全額支払い、接種後1か月以内に保健センターに申請

### 《必要書類》

#### ①接種を証明する領収書

(接種を受けた子の氏名・接種年月日・予防接種名(明細書等でわかればよい)・領収金額・医療機関名)が記載され領収印のあるもの

#### ②母子健康手帳の予防接種記録欄のコピー

#### ③助成金交付申請書兼請求書(保健センターにある)記入

(振込口座番号)(認印)※スタンプ式不可

お問い合わせ 河合町保健センター TEL 56-6006