

宇土市告示第 1 2 2 号

宇土市乳幼児・児童・生徒インフルエンザ予防接種助成事業実施要綱の一部を改正する要綱を次のように定める。

令和 8 年 9 月 1 4 日

宇土市長 光 井 正 吾

宇土市乳幼児・児童・生徒インフルエンザ予防接種助成事業実施要綱の一部を改正する要綱

宇土市乳幼児・児童・生徒インフルエンザ予防接種助成事業実施要綱（平成 2 5 年告示第 6 4 号）の一部を次のように改正する。

第 4 条を次のように改める。

（助成金の額及び助成回数等）

第 4 条 助成するワクチンの種類は 1 種類とし、1 回当たりの助成金の額及び 1 年度当たりの助成回数は次の表のとおりとする。

ワクチンの種類	対象年齢	助成回数	助成額	上限額
インフルエンザ HA ワクチン	出生後 6 か月から 1 3 歳未満	2 回	1 回当たり 接種 料金から 2, 1 0 0 円を控除した額	1 回当たり 2, 1 0 0 円
	1 3 歳以上中学校 就学の終期に達す るまで	1 回		
経鼻弱毒生イン フルエンザワク チン	2 歳以上中学校就 学の終期に達する まで	1 回	接種料金から 4, 7 0 0 円を控除し た額	4, 6 0 0 円

第 7 条第 3 号中「予防接種を受けた後」を「予防接種を受けた日（1 ワクチンにつき 2 回接種する場合は、2 回目の予防接種を受けた日）から」に、「に領収書を添えて、」を「を」に改める。

様式第 4 号を次のように改める。

様式第 4 号（第 7 条関係）

年 月 日

宇土市長 様

住所 宇土市
保護者 氏名
電話番号

宇土市乳幼児・児童・生徒インフルエンザ予防接種助成金交付申請書

下記証明書のとおり予防接種を受けましたので、助成金の交付を申請します。

助成金の振込先 (保護者名義のもの)	金融機関名	銀行・金庫・組合 本店・()支店			
	口座番号	普通・当座 ()			
	口座名義	フリガナ			
※予防接種証明書(以下医療機関が記入する欄)					
接種を受けた者	氏名		生年月日 (年齢)	年 月 日 1 回目接種時の年齢 満 歳 か月	
ワクチンの種類		☐ HAワクチン ☐ 経鼻弱毒生 ※ ☒ を付けてください			
回数	接種年月日	メーカー名	接種量	ロット番号	接種料金
1 回目	年 月 日		ml		円
2 回目	年 月 日		ml		円
上記のとおり接種したことを証明します。 年 月 日 医療機関所在地 医療機関名 接種医師氏名 印					

- 【注意事項】
- ・同一年度内は、どちらか一種類のワクチンしか助成対象となりません。
 - ・1 回で接種を完了される方は、1 回目の接種後 3 0 日以内に申請してください。
 - ・助成期間中に 2 回接種をされる方は、2 回目の接種後 3 0 日以内に申請してください。
 - ・HAワクチンの 2 回目の助成については、2 回目の接種時に 1 3 歳未満の場合対象となります。

助成決定書(以下市が記入する欄)

□ HAワクチン	□ 13歳以上中学3年まで : 1回助成 □ 生後6か月以上13歳未満: 2回助成 □ 接種料金のうち2,100円を超えた額を助成 □ 1回当たり上限2,100円		1 回目	2 回目	合計
		個人負担額	円	円	円
		助成金額	円	円	円
□ 経鼻弱毒生	□ 2歳以上中学3年まで: 1回助成 □ 接種料金のうち4,700円を超えた額を助成 □ 上限4,600円	個人負担額	円		
		助成金額	円		

附 則

この要綱は、令和８年１０月１日から施行する。