

蔵子第 295 号

令和2年9月25日

実施医療機関長各位

蔵王町長 村上英人

(公印省略)

蔵王町学童等インフルエンザ予防接種費用助成事業について(依頼)

秋冷の候、貴殿におかれましては、ますますご健勝のこととお喜び申し上げます。

日頃より、本町の予防接種事業につきましては、格別のご指導とご協力を賜り厚くお礼申し上げます。

さて、今年度の白石市医師会様との学童等インフルエンザ予防接種委託契約が締結されましたので、下記のとおり関係書類等を送付いたしますので、ご協力賜りますようお願い申し上げます。

記

・ 蔵王町学童等インフルエンザ予防接種費用助成事業実施要領

・ 請求書 3 枚

・ (備付用) 町指定の予診票 乳幼児・小1～中2年用 5 枚  
中学3年用 / 枚

【担当】 蔵王町子育て支援課 佐藤

TEL 33-2122

FAX 22-7010

## 学童等インフルエンザ予防接種費用助成事業実施要領

- 1 目的 インフルエンザ予防接種に係る費用の一部を助成することにより、子育て世代の経済的負担・看護負担を軽減するとともに、インフルエンザの発病及び重症化を予防し、町民の健康増進を図ることを目的とする。
- 2 実施主体 蔵王町子育て支援課
- 3 対象者 蔵王町に住所を有し、接種時年齢生後6か月児から中学3年生
- 4 実施期間 毎年10月1日から12月31日まで
- 5 実施医療機関 白石市医師会に所属する医療機関（別紙一覧のとおり）
- 6 接種料金 実施医療機関が指定する料金（別紙一覧のとおり）
- 7 接種回数 13歳未満2回、13歳以上1回
- 8 助成額 接種料金から自己負担金1回につき1,000円を差し引いた額とする。但し、中学3年生は全額（高齢者インフルエンザ委託料と同額）負担する。
- 9 請求方法
  - 1) 実施医療機関が指定する料金から1,000円差し引いた金額を、中学3年生については4,680円を全額、委託料として町が医療機関へ支払うものとする。
  - 2) 接種が不相当と判定した場合は、予診料として1,820円を町に請求することができる。
  - 3) 実施医療機関は、請求書（様式第1号）に予診票（原本）を添えて翌月10日まで町長に請求するものとする。
  - 4) 町長は、請求書の内容を審査し、助成することが適当であると認めたときは、請求があった月の月末までに実施医療機関に支払うものとする。
  - 5) 実施医療機関以外で接種したときは、蔵王町任意予防接種費用助成事業償還払申請書兼請求書に領収書、接種を証明できる書類（または母子健康手帳）、預金通帳の写しを添えて請求することができる。
- 10 接種方法
  - 1) 接種希望者は、健康保険証等住所が確認できる書類や母子健康手帳、町指定の予診票を提出する。
  - 2) 接種医は保護者の接種意思と接種希望者が未接種者かどうかを確認し、予診の際は予防接種の効果・予防接種後の通常起こり得る副反応及びまれに生ずる重い副反応並びに健康被害救済について、保護者がその内容を理解し得るよう適切な説明を行う。
- 11 接種の記録 接種後、実施医療機関は接種済証を発行するか、母子健康手帳へ接種の記録を行う。
- 12 周知方法 町広報誌並びにホームページに掲載のほか、公立保育所・幼稚園・小中学校に所属している学童等の保護者には所属機関経由で個別に通知する。

# インフルエンザ予防接種予診票

**蔵王町**  
**乳幼児・小1～中2年用**  
**(自己負担金1,000円/回)**

回数	1回目 ・ 2回目			診察前の体温	度	分
住所	蔵王町					
氏名		男・女	生年月日	平成・令和	年	月 日
保護者の氏名				(満	歳	ヶ月)

質問事項	回答欄		医師記入欄
接種を受ける方の発育歴についておたずねします 生まれたときの体重が少なかったり、出産時、出生後、乳幼児健診などで異常があるといわれたことがありますか	あった	なかった	
生まれてから今までに先天性異常、心臓、腎臓、肝臓、脳神経、免疫不全症、その他の病気にかかり、医師の治療(投薬など)を受けていますか 病名( )	はい	いいえ	
その病気の主治医には、今日の予防接種を受けてよいといわれましたか	はい	いいえ	
今日、体に具合の悪いところがありますか 具体的な症状を書いてください( )	はい	いいえ	
最近1ヶ月以内に、家族や遊び仲間に、インフルエンザ、麻しん、風しん、水痘、おたふくかぜなどの病気の方がいましたか 病名( )	はい	いいえ	
最近1ヶ月以内に、予防接種を受けましたか 予防接種の種類( )	はい	いいえ	
インフルエンザの予防接種を受けたことがありますか	はい	いいえ	
その際に具合が悪くなったことはありますか	はい	いいえ	
これまでにインフルエンザ以外の予防接種を受けて具合が悪くなったことはありますか 予防接種の種類( )	はい	いいえ	
ニワトリの肉や卵にアレルギーがありますか	はい	いいえ	
薬や食品で皮膚に湿疹やじんましんが出たり、体の具合が悪くなったことがありますか	はい	いいえ	
ひきつけ(けいれん)をおこしたことがありますか ( )歳頃	はい	いいえ	
そのとき熱が出ましたか	はい	いいえ	
近親者に予防接種を受けて具合が悪くなった方はいますか	はい	いいえ	
近親者に先天性免疫不全と診断されている方はいますか	はい	いいえ	
今日の予防接種について質問がありますか	はい	いいえ	

医師記入欄	<p>以上の問診及び診察の結果、今日の予防接種は ( 可能 ・ 見合わせる )</p> <p>保護者に対して、予防接種の効果・目的、接種するワクチンの有益性及び副反応並びに予防接種健康被害救済制度について、説明をした。</p> <p>医師署名又は記名押印 _____</p>
-------	---

保護者記入欄	<p>医師の診察・説明を受け、予防接種の効果・目的、重篤な副反応の可能性などについて理解した上で、接種を希望しますか。( 希望します ・ 希望しません )</p> <p>この予診票は、予防接種の安全性の確保を目的としています。このことを理解の上、本予診票が市町に提出されることに同意します。</p> <p>令和 年 月 日 保護者自署 _____</p>
--------	---

ワクチンロット番号	接種量	実施場所、医師名、接種年月日
Lot No.		実施場所 医師名 接種年月日 令和 年 月 日

# インフルエンザ予防接種予診票

蔵王町 中学3年生用  
(自己負担金なし)

回数	1回			診察前の体温	度	分
住所	蔵王町					
氏名		男・女	生年月日	平成	年	月 日
保護者の氏名				(満	歳	ヶ月)

質問事項	回答欄		医師記入欄
接種を受ける方の発育歴についておたずねします 生まれたときの体重が少なかったり、出産時、出生後、乳幼児健診などで異常があると いわれたことがありましたか	あった	なかった	
生まれてから今までに先天性異常、心臓、腎臓、肝臓、脳神経、免疫不全症、その他の病気 にかかり、医師の治療(投薬など)を受けていますか 病名( )	はい	いいえ	
その病気の主治医には、今日の予防接種を受けてよいといわれましたか	はい	いいえ	
今日、体に具合の悪いところがありますか 具体的な症状を書いてください( )	はい	いいえ	
最近1ヶ月以内に、家族や遊び仲間に、インフルエンザ、麻しん、風しん、水痘、おたふくかぜ などの病気の方がいましたか 病名( )	はい	いいえ	
最近1ヶ月以内に、予防接種を受けましたか 予防接種の種類( )	はい	いいえ	
インフルエンザの予防接種を受けたことがありますか	はい	いいえ	
その際に具合が悪くなったことはありますか	はい	いいえ	
これまでにインフルエンザ以外の予防接種を受けて具合が悪くなったことはありますか 予防接種の種類( )	はい	いいえ	
ニワトリの肉や卵にアレルギーがありますか	はい	いいえ	
薬や食品で皮膚に湿疹やじんましんが出たり、体の具合が悪くなったことがありますか	はい	いいえ	
ひきつけ(けいれん)をおこしたことがありますか ( )歳頃	はい	いいえ	
そのとき熱が出ましたか	はい	いいえ	
近親者に予防接種を受けて具合が悪くなった方はいますか	はい	いいえ	
近親者に先天性免疫不全と診断されている方はいますか	はい	いいえ	
今日の予防接種について質問がありますか	はい	いいえ	

医師記入欄	<p>以上の問診及び診察の結果、今日の予防接種は ( 可能 ・ 見合わせる )</p> <p>保護者に対して、予防接種の効果・目的、接種するワクチンの有益性及び副反応並びに予防接種健康 被害救済制度について、説明をした。</p> <p>医師署名又は記名押印 _____</p>
-------	--

保護者記入欄	<p>医師の診察・説明を受け、予防接種の効果・目的、重篤な副反応の可能性などについて理解した上で、 接種を希望しますか。( 希望します ・ 希望しません )</p> <p>この予診票は、予防接種の安全性の確保を目的としています。このことを理解の上、本予診票が市町 に提出されることに同意します。</p> <p>令和 年 月 日 保護者自署 _____</p>
--------	---

ワクチンロット番号	接種量	実施場所、医師名、接種年月日
Lot No.		実施場所 医師名 接種年月日 令和 年 月 日