


# 任 意 予 防 接 種

| 場 所              | 種 類                | 対 象 年 齢 等  | 助成額等                   |
|------------------|--------------------|--|------------------------|
| 町内委託医療機関（指定）※要予約 | おたふく               | 1歳～6歳未満が対象<br> | 4,000円<br>(1回限り)       |
|                  | インフルエンザ            | 実施期間：R8.10月～R9.3月末   | ・1回の接種につき<br>上限額2,000円 |
|                  |                    | ・生後6か月～未就学児  | ・年度内2回まで               |
|                  | ・小学1年生～中学3年生・高校3年生 | ・年度内1回まで   |                        |

接種希望者は直接医療機関にお申し込みください。【要予約】

町外の医療機関で接種した場合は、償還払いでの対応となります。

助成申請後、指定口座への振込みとなりますので、詳しくはお問い合わせください



こども未来課 母子保健係 TEL0282-81-1887