

つくばみらい市告示第12号

つくばみらい市任意予防接種費用の助成に関する要綱の一部を改正する告示を次のように定める。

令和8年1月26日

つくばみらい市長 小田川 浩



つくばみらい市任意予防接種費用の助成に関する要綱の一部を改正する告示

つくばみらい市任意予防接種費用の助成に関する要綱（平成26年つくばみらい市告示第189号）の一部を次のように改正する。

別表を次のように改める。

別表（第4条関係）

任意予防接種	接種方法	助成金の額	交付の回数
おたふくかぜ	皮下接種	3,000円まで	1回目かぎり
小児季節性インフルエンザ (生後6か月以上13歳未満の者)	皮下接種	1回あたり1,000円 まで	1年度につき 2回
小児季節性インフルエンザ (13歳以上中学3年生までの者)	皮下接種	1回あたり1,000円 まで	1年度につき 1回
小児季節性インフルエンザ(2歳以上 中学3年生までの者)	経鼻接種	1回あたり2,000円 まで	1年度につき 1回
麻しん緊急予防接種	皮下接種	麻しん 7,400円ま で 麻しん風しん(MR) 1 0,900円まで	1回かぎり

様式第2号及び様式第6号を次のように改める。

附 則

この告示は、令和8年4月1日から施行する。

小児季節性インフルエンザ 予防接種予診票 【1回目・2回目】

助成対象・助成金:

【皮下接種】6か月以上13歳未満:2回 1,000円/回
13歳以上中学3年生まで:1回のみ 1,000円

【経鼻接種】2歳以上中学3年生まで:1回のみ 2,000円

助成期間:令和 年10月1日~令和 年1月31日

診察前の体温 度 分

住所	つくばみらい市		
ふりがな			
受ける人の氏名			
生年月日	年	月	日(歳)
保護者氏名			
連絡先電話番号			
インフルエンザ接種歴	1回目: 年 月 日		

質問事項	回答欄		医師記入欄
今日受ける予防接種について裏面の説明書を読みましたか	いいえ	はい	
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か月以内に病気にかかりましたか 病名()	はい	いいえ	
1か月以内に家族や遊び仲間に麻疹、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() いつ頃()	はい	いいえ	
1か月以内に予防接種を受けましたか 予防接種名() 接種年月日(年 月 日)	はい	いいえ	
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、医師の診察を受けていますか 病名()	はい	いいえ	
その病気を診てもらっている医師に今日の予防接種を受けてよいといわれましたか	いいえ	はい	
ひきつけ(けいれん)をおこしたことがありますか (歳 か月頃)	はい	いいえ	
そのとき熱が出ましたか	はい	いいえ	
薬や食品で皮膚に発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(例:ニワトリの卵・ゼラチンなど) 薬品名・食品名()	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	
これまでに予防接種を受けて具合が悪くなったことはありますか 予防接種名()	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人はいますか	はい	いいえ	
6か月以内に輸血あるいはガンマグロブリンの注射 ^{注1} を受けましたか	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	

<p>医師記入欄</p> <p>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)と判断します。接種歴(回数・間隔等)を確認のうえ、保護者に対して、予防接種の効果、副反応及び予防接種健康被害救済制度について、説明をしました。</p>	<p>医師署名又は記名押印</p> <p>※ゴム印の場合は押印が必要です。</p>
--	--

<p>医師の診察・説明を受け、予防接種の効果や目的、重篤な副反応の可能性、予防接種健康被害救済制度などについて理解した上で、接種することに(同意します・同意しません) ※かつこの中のどちらかを○で囲ってください。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、本予診票がつくばみらい市に提出されることに同意します。</p>	<p>保護者自署</p> <p>(保護者が同伴できない場合の緊急連絡先)</p>
---	---

使用ワクチン名	接種量	実施場所・医師名・接種年月日
ワクチン名	※該当項目に○をつける 皮下 ・ 経鼻(2歳以上)	実施場所
Lot No.	ml	医師名
⑩有効期限が切れていないか要確認		接種年月日 年 月 日

注1:ガンマグロブリンは、血液製剤の一種で、A型肝炎などの感染症の予防的や重症の感染症の治療目的などで注射されることがあり、この注射を3~6か月以内に受けた方は、予防接種の効果が十分に出ないことがあります。

つくばみらい市任意予防接種実績報告書兼請求書

年 月 日

つくばみらい市長 様

所在地 _____

医療機関名 _____

医師名及び代表者名 _____

電話番号 _____

年 月分を別添のとおり予診票を添付し報告するとともに、これにかかる委託料を請求します。

記

区分	人数	単価（円）	金額
	名	円	円
(全額免除者)	名	円	円
	名	円	円
(全額免除者)	名	円	円
	名	円	円
(全額免除者)	名	円	円
合計	名		円

振込口座

銀行		支店
普通		当座
(どちらかに○印を)		
口座番号		
フリガナ		
名義人氏名		

※翌月 10 日までに、予診票を添付しご請求ください※