年　　月　　日

**インフルエンザ予防接種費用助成のお知らせ**

●●●市では、下記の方を対象にインフルエンザ予防接種費用の一部を助成いたします。

記

1.　対象者　：予防接種を受けた日時点で、●●●市に住民票がある●歳～●歳の方

2.　実施期間：　　　　年　　月　　日～　　　　年　　月　　日

3.　助成費用：1,000円（期間中1回）

4.　接種場所：●●●市内の医療機関

5.　持ち物　：健康保険証

6.　支払方法：

　　予防接種を受けた医療機関の窓口で、助成費用（1,000円）を差し引いた金額を支払う

7.　注意事項

・予防接種を希望する場合は、事前に市内の医療機関で予約をお取りください。

　　・予防接種の料金は医療機関により異なります。

・医療機関にて、住所確認等で身分証明書の提示を求められた場合は応じてください。

　　・●●●市外の医療機関で予防接種を受ける場合は、別途申請が必要です。

　　・本件に関するお問い合わせは、下記までお願いいたします。

以上

|  |
| --- |
| ●●●市　保健福祉課　健康増進係  TEL：XXX-XXX-XXXX  （月～金　9：00～17：00受付） |