# 恵那市　子どもインフルエンザ予防接種の一部助成について

| | |
|---|---|
| **対象者** | 接種日に恵那市に住民票のある**満１歳～高校3年生相当の年齢** |
| **助成期間** | **令和7年 10 月1日(水)～令和8年1月 31 日(土)**<br>※この期間以外に受けると、全額自己負担となりますのでご注意ください。<br>※期間内でもワクチンがなくなり次第終了となることがあります。 |
| **助成回数** | **13 歳以上 ： 1 回**<br>**1歳～12 歳： 2回まで(1 回目の接種日が 13 歳の誕生日前日まで)** |
| **自己負担金** | **市の助成額を差し引いた金額**<br>※医療機関によって費用は異なります。<br>市の助成額は、1回目 3,240 円、2回目 1,140 円<br>(2回目を1回目と異なる医療機関で受けると、自己負担が多くなる場合があります。)<br>恵那市ウェブサイト<br>インフルエンザ（子ども）<br>※指定医療機関一覧などは<br>こちらからご覧ください。 |
| **接種場所** | **市が指定した医療機関** ※医療機関に直接予約してください<br>※指定医療機関以外で接種された場合は、補助の対象にはなりません |
| **予診票** | **医療機関に設置**(市ウェブサイトからダウンロードもできます)<br>※予診票はからだの様子と接種の可否を決める大切な情報ですので、十分注意して記入してください。 |
| **受ける時** | ①恵那市独自の事業ですので、指定医療機関で接種してください。<br>(指定医療機関以外で受けられたときは、全額自己負担になります)<br>②医療機関では、本人確認書類(マイナンバーカード、福祉医療受給者証など)を提示し、「恵那市の住民であること・対象年齢であること」の確認を受けてください。<br>(診察券があれば、お持ちください。)<br>③診察して問題があれば、安全のために接種を延期される場合がありますので、お子さんの体調が良い日に受けてください。<br>④予防接種の際は、保護者が同伴してください。保護者同伴でないと接種できません。保護者のやむを得ない理由により同伴できない場合は、お子さんの健康状態を普段からよく知っている親族(祖父母等)が同伴し、予防接種を受けることが可能です。保護者が同伴できない場合は、医療機関に委任状(裏面)をお持ちください。(委任状は市ウェブサイトからもダウンロードできます。)<br>⑤母子健康手帳を提出し、予防接種の記録をしてもらってください。 |

**問い合わせ先：恵那市役所　健幸推進課　TEL：0573-26-6823**

※この案内が説明書になっています。接種を希望される方は、必ずお読みください。

## インフルエンザとは

インフルエンザは、普通の「かぜ」に比べ感染力が強く症状も重く、合併症を引き起こすことがあります。主な症状としては、38.5℃以上の発熱・全身倦怠感・頭痛・関節痛等があります。予防のために、外出後はうがいや手洗いをし、充分な睡眠をとる等しましょう。またインフルエンザにかからない、かかっても軽くすませるためには、予防接種が有効です。

## 予防接種の効果について

インフルエンザの重症化防止に一定の効果はありますが、完全に感染や発症を防ぐものではありません。予防接種を受けてから、2週間くらいで抵抗力がつきはじめ、約５ヶ月間持続します。

## 接種にあたっての注意事項

① 体調の良い時に受けるのが原則です。お子様の健康状態に心配がある場合(持病がある、病気の治療中、予防接種の後に副反応等体調が悪くなったことがあるなど)は、あらかじめかかりつけ医へご相談ください。

② 以下の場合は接種を受けることができません。
- ○明らかな発熱(通常 37.5℃以上)がある場合や、体調が悪い場合
- ○重篤な急性疾患にかかっていることが明らかな場合
- ○以前、予防接種後、アナフィラキシーショック(※)を起こしたことがある

※アナフィラキシーショック：呼吸困難や血圧低下、全身にじんましんが現れるなどの重いアレルギー症状

③ 以下の場合は、予防接種を受ける際に医師との相談が必要です。
- ○心臓疾患、腎臓疾患、肝臓疾患、血液疾患、発育障害などの基礎疾患がある
- ○予防接種後２日以内に発熱及びアレルギーを疑う症状を起こしたことがある
- ○今までにひきつけ(けいれん)をおこしたことがある
- ○インフルエンザワクチンに含まれる成分又は、鶏卵、鶏肉、その他の鶏をもとにしてできたもの対してアレルギーを呈するおそれがある
- ○過去に免疫不全の診断がされている者及び近親者に先天性免疫不全症の者がいる
- ○間質性肺炎、気管支喘息等の呼吸器系疾患を有する

④ 保護者の同伴が必要です。(保護者の同伴が難しい場合、委任ができます。この案内と一緒に配布した委任状へ記載して、予防接種時にお持ちください。)
※お子さんの健康状態をよく知っている方が同伴してください。

## 接種後の注意事項

① 接種後30分～4 時間以内にアナフィラキシーショック(全身のじんましんや呼吸困難、血圧低下等)が起こることがあります。医師とすぐ連絡をとれるようにしておきましょう。
② 高熱など体調に変化があらわれたときは、速やかに医師の診察を受けるようにしてください。
③ 接種後に発熱、接種部位が腫れる、赤くなるといったことがありますが、大半は軽い症状で、数日中に直ります。
④ 入浴は差し支えありませんが、注射部位をこすったりもんだりしないでください。

## 予防接種救済制度

任意予防接種によって、健康被害が生じた場合の救済については、健康被害を受けた人または家族が、独立行政法人医薬品医療機器総合機構に基づいて手続きを行うことになります。詳しくは、独立行政法人医薬品医療機器総合機構のホームページ等をご覧ください。

**裏面が委任状となっています。必要な方はご利用ください。**

# インフルエンザ予防接種を受ける際、保護者が同伴できない場合について

**お子さんが定期予防接種を受ける場合、保護者が同伴することが原則となっています。**
保護者のやむを得ない理由により同伴できない場合は、お子さんの健康状態を普段からよく知っている親族（祖父母等）が同伴し、予防接種を受けることが可能です。その場合は、保護者の委任状が必要になります。
保護者が同伴できない場合、保護者が下記の委任状を記入し、代理人が委任状を医療機関へご持参ください。
なお、予防接種の同意は、医師の診察・説明を受けた後、代理人が予診票の『同伴者自署』欄（接種同意欄）に署名することになります。

## 委 任 状

私（保護者）は、予防接種に同伴できないため、
代理人に予防接種に関する一切の権限を委任します。

記入日　　年　　月　　日

| | |
|---|---|
| 保護者<br>（委任者） | 氏名<br>緊急連絡先<br>*必ずつながる電話番号 |
| 予防接種を<br>受ける子<br>（被接種者） | 氏名<br>生年月日 |
| 代理人<br>（予防接種に<br>同伴する方） | 氏名<br>予防接種を受ける子との関係（続柄） |

記　入　例

## 委 任 状

私（保護者）は、予防接種に同伴できないため、
代理人に予防接種に関する一切の権限を委任します。

記入日　　年　　月　　日

| | |
|---|---|
| 保護者<br>（委任者） | 氏名　**保護者の氏名**<br>緊急連絡先<br>*必ずつながる電話番号　**保護者の電話番号** |
| 予防接種を<br>受ける子<br>（被接種者） | 氏名　**予防接種を受けるお子さんの氏名・生年月日**<br>生年月日 |
| 代理人<br>（予防接種に<br>同伴する方） | 氏名　**予防接種に付き添っている方の氏名と続柄**<br>予防接種を受ける子との関係（続柄） |

＜医療機関様へ＞
委任状は、予診票に添付して恵那市へ提出してください。

問合せ先：恵那市役所　健幸推進課　TEL　0573-26-6823