



子どもインフルエンザ予防接種

生後6か月
～18歳



対象者 町内に住所を有する、生後6か月から今年度末の年齢が18歳までのお子さま
※平成20年4月2日～令和8年7月31日生まれ(生後6か月到達後から対象となります)

接種期間 10月1日(木)～令和9年1月31日(日) ※医療機関の休診日にご注意ください。

接種方法等	インフルエンザ HA ワクチン		経鼻弱毒生ワクチン
	皮下注射		鼻腔内に噴霧
接種方法	皮下注射		鼻腔内に噴霧
年齢	6か月以上13歳未満	13歳以上	2歳以上
接種回数	2回	1回	1回
接種間隔	2～4週間	—	—

助成額 接種費用の全額

接種場所 町内医療機関(ありが医院、加藤医院、花岡医院、山本内科医院、今庄診療所、河野診療所)
※お子さまの療養上、やむを得ない事情があると認められる場合に限り、町内医療機関以外で助成を受けられます。あらかじめ健康福祉課へご相談ください。

助成方法 ①町内医療機関へご予約ください。

※対象者が16歳未満の場合は、原則保護者の同伴が必要です。

②予防接種当日は、次のものをお持ちください。

- ・母子健康手帳
- ・資格確認書またはマイナンバーカード(氏名、生年月日が確認できるもの)
- ・子どもインフルエンザ予防接種予診票(記入済のもの)
- ・南越前町子どもインフルエンザ予防接種費用助成金(代理受領委任払)申請書兼請求書(記入済みのもの)
- ・同意書(13歳～15歳のお子さまで、保護者が同伴できない場合に必要)

妊婦インフルエンザ予防接種

妊婦



対象者 次のすべてに該当する妊婦

- ①接種日に町内に住所を有する方
- ②接種日より前に町に妊娠届出書を提出している方

※接種日において妊娠中の方が対象です。

接種期間 10月1日(木)～令和9年1月31日(日)

※医療機関の休診日にご注意ください。

※インフルエンザの予防接種は、主治医とよくご相談のうえ、接種をお願いします。

接種回数 1回

助成額 接種費用の全額

※妊娠中に接種した費用が対象となります。

助成方法 ①県内または県外の医療機関でインフルエンザ予防接種を受け、接種費用を一旦お支払いください。

②接種した医療機関で、領収書、診療明細書(インフルエンザ予防接種の費用が確認できるもの)または接種済証などの発行を受けてください。

③南越前町妊婦インフルエンザ予防接種費用助成金(償還払)申請書兼請求書(個別通知に同封)に、領収書、診療明細書または接種済証などの写し、振込口座がわかるもの(通帳など)の写しを添付し、健康福祉課にご提出ください。

④書類の確認後、指定口座へお振込みします。

インフルエンザ予防接種費用を

高齢者インフルエンザ・高齢者新型コロナウイルス感染症予防接種

高齢者



65歳以上の方を対象に、インフルエンザおよび新型コロナウイルス感染症の予防接種にかかる費用の一部を助成します。助成対象の方には、9月下旬に接種券を発送します。なお、接種は希望者のみの任意接種です。

	高齢者インフルエンザ	高齢者新型コロナウイルス感染症
対象者	次のいずれかに該当する方 ・65歳以上の方 ・60歳から64歳までの方で、心臓・腎臓もしくは呼吸器の機能に障害があり、身の回りの生活が極限に制限される方、またはヒト免疫不全ウイルスによる免疫の機能に障害があり日常生活がほとんど不可能な方。（個別通知は行いませんので、接種を希望する方は健康福祉課までお問い合わせください）	
接種期間	10月1日(木)～令和9年1月31日(日) ※医療機関の休診日にご注意ください。	
接種回数	いずれも1回 ※一方だけの接種も可能です。	
接種場所	県内の指定医療機関（詳細は、町ホームページをご確認ください）。 南越前町内と越前市内においては、すべての医療機関で接種可能です。 ※事前に医療機関へご予約をお願いします。 ※施設入所や入院などの理由により、指定医療機関以外での接種を希望する方は、接種前に申請書を健康福祉課へ提出する必要があります。	
持ち物	・高齢者インフルエンザ予防接種予診票兼接種券(水色) ・資格確認書またはマイナンバーカード（氏名、生年月日が確認できるもの） ・自己負担金(2,000円)	・高齢者新型コロナウイルス感染症予防接種予診票兼接種券(黄色) ・資格確認書またはマイナンバーカード（氏名、生年月日が確認できるもの） ・自己負担金(7,500円)



町ホームページ

【健康被害救済制度について】 極めてまれに、予防接種を受けた方に重い健康被害が生じることがあります。予防接種法に基づく予防接種によって健康被害が生じた方を救済するため、予防接種法に基づく予防接種救済制度が設けられています。申請に必要な手続きなどについては、健康福祉課にご相談ください。

指定難病特別見舞金のお知らせ

町では、原因不明の症状で治療が極めて困難な病気にかかった「特定医療費（指定難病）受給者」に対し、激励と福祉の増進のために特別見舞金を支給しています。

受給資格（次のすべてに該当する方）

- ・町に1年以上住所を有する方
- ・10月1日時点で、指定難病のため6か月以上入院している、または通院治療を引き続き受けている方
- ・県が発行する特定医療費（指定難病）受給者証を有している方

給付額 1万円/年

申請に必要なもの

- ① 指定難病特別見舞金支給申請書
- ② 指定難病特別見舞金請求書
- ③ 特定医療費（指定難病）受給者証の写し
- ④ 指定難病治療状況説明書（初回申請の方のみ）
- ⑤ 振込先（請求者の口座等）がわかるもの（初回申請の方のみ）

昨年度、申請された方には9月末に必要な書類をお送りします。

初めて申請される方は、町ホームページから①、②、③をダウンロードいただくか、健康福祉課までご連絡ください。

申請期間 10月1日(木)～30日(金)

申請場所 健康福祉課、今庄・河野事務所

※本人が申請できない場合は、配偶者や親権者、後見人の方が申請できます。
※小児慢性特定疾患は対象外です。

問合せ

健康福祉課 ☎0778-4718007



町ホームページ