**令和6年度　任意予防接種費用助成のお知らせ**

**（季節性インフルエンザ・おたふくかぜ）**

病気の重症化予防及び接種費用に係る保護者の負担軽減のため、以下の「任意予防接種」費用の一部を助成します。「任意予防接種」は義務ではありません。医師と相談のうえ希望される方は接種してください。

**＊今年度は助成内容に一部変更があります**

**1　助成内容**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 対象予防接種 | 対象者 | 助成回数 | **助成上限額** | 助成対象の接種期間 |
| おたふくかぜ | 1歳から就学前までの町民 | 2回 | **1回　2,000円** | 令和6年4月 1日から令和7年3月31日まで |
| 季節性インフルエンザ | ・6か月から高校3年生  相当までの町民 ・比布町に住民票がある  妊婦 | 2回  まで | **1回　1,500円** | 令和6年10月1日から令和7年1月31日まで |

＊接種費用額が助成上限額に満たない場合は、費用の全額を助成します。

**2　申請手続き**

|  |  |
| --- | --- |
| 病　　名 | 説　　明 |
| おたふくかぜ | ムンプスウイルスが原因で、唾液を介して飛沫感染します。潜伏期は2～3週間で、発熱と耳の下（耳下腺）の腫れが特徴的な症状です。感染力が強く、髄膜炎や脳炎、難聴、膵炎などの合併症を起こすことがあります。 |
| 季節性  インフルエンザ | インフルエンザウイルスが原因で起こる感染症です。感染すると発熱、悪寒、咳、咽頭痛、関節痛などの症状が現れます。小児では、インフルエンザ脳症などの重い合併症を引き起こすことがあります。 |

接種時に費用を全額お支払いいただき、接種後に比布町保健センターで助成の申請をしてください。

＜必要書類等＞

・領収書

・診療明細書　　＊領収書に接種ワクチン名の記載がある場合は不要です。

・母子健康手帳

・振り込み口座のわかるもの（通帳等）

・朱肉用印鑑

**3　申請期限**

　　　令和7年4月1日（火）まで

**4　申請場所・お問い合わせ先**

　比布町保健福祉課健康推進係(比布町保健センター)　電話　85-2555

**≪病気等の説明≫**