



お子さまの インフルエンザワクチン接種の 費用助成のお知らせ

東大和市では、令和7年度の小児インフルエンザワクチンの予防接種費用を以下のとおり助成します。助成の対象となるワクチンは以下の2種類です。

	注射用 HA ワクチン	経鼻生ワクチン
対象者	東大和市民で接種当日において 生後 6 か月以上 13 歳未満の方 ※ 1 回目を 1 2 歳で接種し、2 回目に 1 3 歳になっている場合で、以下期間に 2 回目を接種する場合も対象	東大和市民で接種当日において 2 歳以上 1 3 歳未満の方
助成回数	1 人 2 回 まで	1 人 1 回 限り
助成金額	1 回当たり上限 2,000 円 ※ 医療機関の設定する助成前の接種費用から 2,000 円を差引いた額を医療機関でお支払いいただきます。	1 回当たり上限 4,000 円 ※ 医療機関の設定する助成前の接種費用から 4,000 円を差引いた額を医療機関でお支払いいただきます。
助成対象期間	令和 7 年 1 0 月 1 日から令和 8 年 1 月 3 1 日まで	

☆接種を希望する医療機関に予約をとり、接種をしてください。

※接種費用は医療機関ごとに異なりますので医療機関へ直接お問合せください。

☆市外の医療機関で接種される場合は、医療機関の設定金額を全額お支払いしていただき、右の申請フォームから申請いただいた後、助成金額をお振込みします。

申請に必要なもの：①インフルエンザワクチンを接種したこと及び接種費用が分かる領収書等

②口座番号や支店名等がわかるもの（通帳、カード等）

(助成金申請フォーム)

申請期限：令和 8 年 3 月 3 1 日まで（注射用 HA ワクチンは 2 回分まとめてご申請ください。）



【問合せ先】 東大和市子ども未来部子ども家庭センター母子保健係
(東大和市立保健センター内)

〒207-0015 東大和中央 3-918-1

【窓口開所時間】 月曜日～金曜日（祝日を除く） 8:30～17:00

【電 話】 042-565-5212

