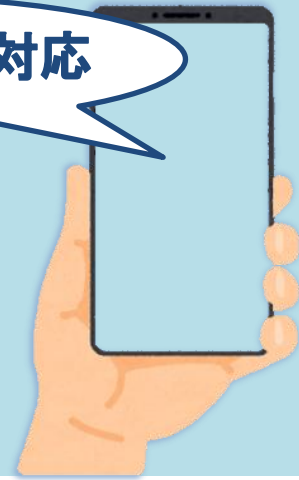




『インフルエンザ』 予防接種費用の一部助成



対象者

接種時点で 大台町に住民登録 をしている方で、

生後6か月～今年度18歳を迎える方（高校3年生相当の方）

助成金額

種 類	助成回数	助成金額
不活化ワクチン	2 回	1回あたり 2,000 円
点鼻ワクチン	1 回	4,000 円

申 成 方 法

接種後に必要書類を添付し、下記の申請フォームより提出してください。

【助成適応接種期間】 令和8年度中に接種されたもの

【申 請 期 限】 令和9年3月31日

1. 必要書類の写真を撮る

① 申請回数分の領収書

② 母子健康手帳（予防接種の接種記録ページのインフルエンザ記載箇所） または 接種済証

2. QRコードを読み込む

右記の QR コードから、オンライン申請フォームにアクセスします。

3. 入力して送信！

画面の案内に従って必要事項を入力し、1.で撮った写真を添付して送信し完了です。



※紙での申請は原則として受付しておりませんのでご了承ください。

なお、オンラインでの申請が難しい場合は健康ほけん課までご連絡ください。

問合せ先:大台町 健康ほけん課 ☎82-3785