

# ～インフルエンザ予防接種のお知らせ～

今年のワクチンは A/プリズベン型 (H1N1)、A/カンザス型 (H3N2)、B/プーケット型、B/メリーランド型の4種類のウイルス株で構成された4価ワクチン (A型2種類、B型2種類) となっています。

**接種を希望される方は、下記の申込み書又は、電話によりお申込みください。**

**申込先: 滝上町国民健康保険病院 (電話: 29-2220)**

**申込み締切: 令和元年 11 月 22 日 (金) まで**

お申し込み後に変更希望等があった場合は、病院(電話 29-2220)へ直接ご連絡くださいますようお願い致します。

1. 実施期間 令和元年 11 月頃～令和元年 12 月 20 日
2. 接種場所 滝上町国民健康保険病院
3. 対象者・接種料金

対象者	個人負担額
① 生後 6 ヶ月～小学生	1,000 円 (2 回分の助成があります)
② 中学生	1,000 円 (中学生で 13 歳未満の方は 2 回分 13 歳以上の方は 1 回分の助成があります)
③ 60 歳以上 65 歳未満の方で心臓、腎臓、もしくは呼吸器の機能に自己の身の日常生活活動が極度に制限される程度の障害を有する方、及びヒト免疫不全ウイルスにより免疫の機能に日常生活がほとんど不可能な程度の障害を有する方	1,000 円(1 回分助成があります)
④ 65 歳以上の方 (令和元年 12 月 31 日までに 65 歳になる方を含みます)	
⑤ 上記に該当しない方	1 回目、2 回目ともに 3,000 円 (助成はありません)

※①、②、③、④の方で生活保護世帯に属している方は無料で接種できます。

※インフルエンザの予防接種はワクチンの有効性を高めるため、12 月中旬までに行うことが適当であるとされています。1 月以降の接種は原則助成対象外となりますのでご了承下さい。

----- きりとりせん -----

## インフルエンザ予防接種申込み書

住所	氏名	生年月日	年齢	保護者氏名	電話番号	接種希望回数 ○を付けて下さい。
						1 回・2 回
						1 回・2 回
						1 回・2 回
						1 回・2 回

※接種者が未成年者の場合、保護者氏名のご記入をお願い致します。

裏面へ続く

#### 4. 町外に滞在している方

対象者③、④の方で施設入所等の理由により町内で受けられない場合については、お早めに保健福祉課健康推進係にご相談ください。

#### 5. 接種回数（推奨）

##### ■65歳以上の方 ～ 1回

1回接種による有効性の評価を行った結果、1回の接種でも十分効果があるとする研究結果が得られています。

##### ■13歳以上65歳未満の方 ～ 1回又は2回

1回または2回の接種とされていますが、近年確実にインフルエンザに罹患していたり、昨年インフルエンザの予防接種を受けている方は、1回接種でも追加免疫の効果で十分な免疫が得られると考えられるため、接種回数については医師にご相談ください。

##### ■生後6ヶ月～13歳未満の方 ～ 2回

インフルエンザに対する免疫力が少ないので、2回接種することが望ましいです。

また乳幼児の予防接種を受けている方は、インフルエンザの接種スケジュールを保健福祉課健康推進係にご相談ください。

#### 6. 予防接種を受けることができない方

- ・接種当日、明らかな発熱(通常は37.5℃以上)を呈している方
- ・重篤な急性疾患にかかっている方
- ・予防接種でショックを受けたことが明らかな方、また卵等でアナフィラキシーショックを起こした既往歴がある方
- ・インフルエンザの予防接種で、接種後2日以内に発熱がみられた方及び全身性発疹等のアレルギーを起こしたことがある方
- ・その他、予防接種を行うことが不適当な状態にある方

※ このほかに、体調等に心配がある方は医師にご相談ください。

※ 卵アレルギーの方もほとんどの場合は問題なく接種できますが、重篤な卵アレルギーがある方は主治医にご相談の上、お申込み下さい。



滝上町保健福祉課健康推進係  
電話 29-2111(内線 234・235)