年　　　月　　　日

**インフルエンザ予防接種費用助成のご案内**

●●●市役所　●●課　●●●係

TEL：XXX-XXX-XXXX

本年度、●●●市では、新型ウイルス感染症の流行拡大を懸念し、対応策の一環として、下記のように、インフルエンザ予防接種費用の一部を助成いたします。

記

|  |  |
| --- | --- |
| 助成条件 | ・対象者は●●●市に住民票がある●歳～●歳の方  ・予防接種を受けた日に住民票があること |
| 対象期間 | 年　　　月　　　日～　　　　　年　　　月　　　日 |
| 助成費用 | 1,000円（期間中1回のみ） |
| 接種場所 | ●●●市内の各医療機関 |
| 支払方法 | 医療機関の窓口で、助成費用を差し引いた料金を支払ってください。 |
| 諸注意 | ・予防接種時は健康保険証を持参してください。  ・健康保険証のほかに身分証明書が必要な場合もあります。  ・事前に市内の医療機関で予防接種の予約をしてください。  ・料金は各医療機関におたずねください。  ・市外の医療機関で予防接種を受ける場合は、別途申請してください。  ・お問い合わせは、●●●市役所●●課●●●係までお願いいたします。 |

以上