

令和7年度 インフルエンザ任意予防接種費用の助成対象者の方へ

大町市では、15歳及び18歳の方（下記を参照）を対象に、それぞれの卒業と同時に、新たな道へ歩みだす機会を健康で臨めるよう応援するために、市独自の事業としてインフルエンザ予防接種費用の一部を助成します。

この予防接種は、希望される方が受けていただく任意接種となりますので、接種を希望される方は、**予診票（対象の方に郵送いたします）**に必要事項をご記入いただき、接種実施医療機関へ予約のうえ接種を受けてください。（予約不要な医療機関もあります。）

※任意接種とは、予防接種法で定められていないワクチン接種です。ご家族・ご本人の判断で接種を受けるものになります。接種にあたっては、かかりつけの医師などによくご相談のうえ、接種してください。

【令和7年度の助成対象者】

大町市に住所がある方で令和7年度に次の年齢となる方

年齢	対象生年月日
15歳	平成22年4月2日生 ～ 平成23年4月1日生の方
18歳	平成19年4月2日生 ～ 平成20年4月1日生の方

- 【助成対象期間】 令和7年10月1日 ～ 令和8年1月31日
（実施医療機関の休診日は除く）
- 【個人負担額】 1,000円（接種した医療機関でお支払いください）
- 【助成回数】 接種期間中に 1回のみ
- 【接種時の持ち物】
- ・任意インフルエンザ予防接種予診票（対象者へ郵送）
 - ・マイナンバーカード、健康保険証など
 - ・母子手帳
 - ・1,000円（個人負担額）

【注意事項】

○予防接種を受ける際は、原則として保護者の同伴が必要です。

※特段の理由で保護者が同伴できない場合

あらかじめ保護者が、裏面の説明書をよくお読みいただき、ご理解いただくことが必要です。

ご理解いただけましたら、予診票の「保護者の記入欄」及び「保護者が同伴できない場合」の欄に保護者の自署と連絡先をご記入ください。さらに、接種を受けるお子様にも保護者の責任のもとに説明し、納得したうえで予防接種を受けさせてください。疑問等があれば、あらかじめかかりつけの医師などに確認してください。



インフルエンザワクチンの接種について＜説明書＞

インフルエンザの予防接種を実施するにあたって、受けられる方の健康状態をよく把握する必要があります。そのため、予診票に出来るだけ詳しくご記入ください。

○接種当日の注意

- ①予防接種は、体調の良い日に行うことが原則です。当日は朝からお子さんの状態をよく観察し、体調はよいか、発熱がないかなど、普段と変わったところがないことを確認しましょう。
- ②健康状態等心配なことがあるときは、かかりつけ医等に相談しましょう。
- ③予診票は、必要事項を記入し当日お持ちください。
(紛失した場合は中央保健センターにお問い合わせください)



○予防接種をすることができない方

※次のいずれかに該当すると認められる場合には、接種を行ってはいけません。

- ①接種当日、明らかに発熱（通常 37.5℃以上を指す）がある場合
- ②重篤な急性疾患にかかっていることが明らかな場合
- ③インフルエンザ予防接種に含まれる成分によってアナフィラキシー（注 1）を起こしたことがある場合
- ④インフルエンザ予防接種で、接種後 2 日以内に発熱のみられた人及び全身性発疹等のアレルギーを疑う症状があらわれた方
- ⑤その他、医師が不適当な状態と判断した場合
上記①～④に該当しなくても医師が接種不適当と判断した場合は接種できません。

注 1 アナフィラキシー

急激なアレルギー反応により、じんましんがでたり呼吸が苦しくなったりすることがあります。

○予防接種の際注意を要する方

※次のいずれかに該当する場合には、接種前に担当医師とよくご相談ください。

- ①心臓病、腎臓病、肝臓病や血液、その他慢性の病気の方
- ②予防接種を受けたときに、2日以内に発熱、発疹、じんましんなどのアレルギーを疑う異常がみられた方
- ③今までにけいれんを起こしたことがある方
- ④過去に本人や近親者で検査によって免疫状態の異常を指摘されたことのある方
- ⑤接種液の成分に対してアレルギーを呈するおそれのある方
- ⑥間質性肺炎、気管支喘息等の呼吸器疾患のある方

○接種後の注意

- ①予防接種を受けたあと 30 分間は、急な体調の変化が起こることがまれにあるため、医療機関の中でお子さんの様子をみてあげるか、すぐに医師と連絡がとれるようにしておきましょう。
- ②健康状態の変化に注意し、少なくとも接種後 1 週間は副反応の出現に注意しましょう。
- ③接種後は、激しい運動は避け、接種した部位を清潔に保ってあげてください。
- ④入浴は発熱などなければさしつかえありませんが、接種部位をこすることはやめましょう。
- ⑤接種後、接種部位の異常な反応や体調の変化があった場合は、速やかに医師の診察を受けましょう。

○接種後に起こるかもしれない体の変化(副反応)

副反応は一般的に軽微です。注射部位が赤くなる、腫れる、硬くなる、熱をもつ、痛くなることがありますが通常は 2～3 日で消失します。発熱、悪寒、頭痛、倦怠感、一過性の意識消失、めまい、リンパ節腫脹、嘔吐、下痢などもまれに起こります。

強い卵アレルギーのある方は強い副反応を生じる可能性がありますので必ず医師に申し出てください。

また、非常にまれですが、アナフィラキシーや肝機能障害などの副反応が起こることがあります。

このような健康被害が生じた場合の救済については、被害を受けた人又は家族が独立行政法人医薬品医療機器総合機構法に基づいて手続きを行うことになります。

独立行政法人医薬品医療機器総合機構 救済制度相談窓口

電 話：0120-149-931（フリーダイヤル）

受付時間：午前 9:00～午後 5:00/月～金（祝日・年末年始を除く）

U R L：<https://www.pmda.go.jp>



令和7年度 インフルエンザ任意予防接種実施医療機関

【市外局番共通0261】

	医療機関	電話番号	予約
大町市	市立大町総合病院	22-0415	要
	大町市国保八坂診療所	26-2814	要
	大町市国保美麻診療所	29-2015	要
	いしぞね内科・外科 クリニック	23-2555	要
	遠藤内科医院	22-0031	要
	小野医院	22-0047	要
	柿下クリニック	21-1230	要
	菊地クリニック	21-2580	要
	中澤医院	22-0252	要
	永井眼科医院	22-1555	要
	野村クリニック	85-0085	不要
	平林医院	22-2525	要
	平林耳鼻咽喉科医院	26-3030	不要
	横澤内科医院	22-0371	不要

	医療機関	電話番号	予約
池田町	は一ぶの里診療所	62-0210	要
	平林メンタルクリニック	61-1577	要
	せりざわクリニック	62-3000	要
松川村	岡村眼科医院	62-6660	要
	にしもりクリニック	61-1700	不要
	松本クリニック	61-5151	要
	みどりクリニック	62-5225	要
	吉村医院	61-5666	不要
白馬村	神城醫院	75-7050	要
	北アルプス医療センター 白馬診療所	75-4123	要
	栗田医院	72-2428	要
	しんたにクリニック	75-4177	要
	白馬インターナショナル クリニック	85-2264	要

○上記医療機関以外で接種される場合は、全額自己負担となります。
○経鼻弱毒生インフルエンザワクチンは、公費対象としていません。

お問い合わせ先
大町市中央保健センター
電話 0261-23-4400

