

なごや子ども・妊婦インフルエンザ予防接種 費用助成のお知らせ

名古屋市では新型コロナウイルス感染症との同時流行を防ぐため、乳幼児（生後6か月）～小学校2年生相当年齢および妊婦の方を対象にインフルエンザ予防接種費用の助成を行います。

助成対象接種期間：令和2年10月15日～令和3年1月31日まで

助成対象者と接種回数、助成金額

予防接種を受ける日において名古屋市に住民登録がある以下の方

対象者	接種回数 (助成対象)	助成金額
① 乳幼児（生後6か月）～ 小学校2年生相当年齢まで 〔平成24年4月2日以降に生まれた方で、 接種日時点で生後6か月以上の方が対象〕	2回	1回目 1,000円 2回目 1,000円
② 妊婦	1回	1,000円



持ち物

- ・ 必要事項を記入したクーポン券（このチラシの裏面がクーポン券となっています）
- ・ 住所、氏名、生年月日を確認できるもの（健康保険証、子ども医療証等）
- ・ 母子健康手帳 ※子どもは予防接種の記録のために必要です。
妊婦は妊娠中であることの確認のために必要です。（医師の診断書等でも可）

接種までの流れ

- ① 対象医療機関を下記の市公式ウェブサイトを確認の上、接種を希望する対象医療機関に連絡し、接種日時を予約
- ② チラシ裏面のクーポン券に必要事項を記入し、接種時に医療機関窓口へ提出
- ③ 接種費用から1,000円を引いた金額を医療機関窓口を支払い

注1) 対象医療機関以外での接種は助成が受けられません。 注2) 接種料金は医療機関によって異なります。
注3) 対象医療機関によっては、年齢等により一部の対象者の接種を実施していない場合がありますので、事前にご確認ください。
注4) クーポン券は、市公式ウェブサイトにも掲載しています。なお、当日クーポン券を忘れた場合は、対象医療機関の窓口にもご用意しておりますので、お申し出ください。

お問い合わせ先

なごや子ども・妊婦インフルエンザ予防接種費用助成事務処理センター
(名古屋市健康福祉局)
TEL 052-972-4381 (9～17時、12/29～1/3及び日・祝日を除く)

市公式ウェブサイト

なごや子ども・妊婦インフルエンザ 検索



おねがい

国の優先的接種の呼びかけに基づき、定期接種対象者（65歳以上の方等）以外は、できるだけ10月26日以降の接種にご協力ください。

クーポン券は裏面へ

なごや子ども・妊婦インフルエンザ予防接種費用助成 クーポン券

(なごや子ども・妊婦インフルエンザ予防接種費用助成申込書)

- ・予防接種を希望される方で、助成の対象となる方は、本クーポン券に必要事項を記入し、接種時に対象医療機関の窓口にて提出することで、接種費用から1,000円が割引されます(当日は本人確認書類等をお持ちください。)
- ・対象医療機関は名古屋市公式サイトで確認ください。対象医療機関以外では、本クーポン券を提出しても助成は受けられません。
- ・助成の対象となる方は、予防接種を受ける日において、名古屋市に住民登録がある①生後6か月～小学校2年生相当の年齢の方〔平成24年4月2日以降に生まれた方で、接種日時点で生後6か月以上の方〕(以下、「子ども」という)と、②妊娠中の方(以下、「妊婦」という)に限ります。
- ・子どもについて、2回目の接種を受ける際は、改めて本クーポン券(コピー可)を記入し提出する必要があります。
- ・予防接種にあたっては、医療機関で必要な説明を受けるとともに、予診票の記入をしてください。

(本人等記載欄) 欄内に文字または数字を記入するか、 印をつけてください。

接種を受ける人	<input type="checkbox"/> 乳幼児(生後6か月)～小学校2年生相当年齢【子ども】に該当する <input type="checkbox"/> 妊娠中【妊婦】 名古屋市民です。	
接種年月日	令和__年__月__日	注) 助成対象は令和3年1月31日接種分までです。
接種回数	<input type="checkbox"/> 1回目 <input type="checkbox"/> 2回目(子どもの場合のみ)	注) 令和2年度中の上限回数(子どもは2回、妊婦は1回)を超える接種については助成対象とはなりません。
フリガナ		
受ける人の氏名		
生年月日	<input type="checkbox"/> 昭和__年__月__日生 <input type="checkbox"/> 平成__年__月__日生 <input type="checkbox"/> 令和__年__月__日生 1歳以上の方: 満__歳 1歳未満の方: 満__か月	注) 子どもの場合、助成対象となる方は、平成24年4月2日以降に生まれた方で、接種日時点で生後6か月以上の方です。
住所	名古屋市__区__	
(子どもの場合のみ記入) 保護者の氏名	(子どもから見た続柄:)	

※本事業は名古屋市の助成事業であるため、本クーポン券は名古屋市に提出されます。

(対象医療機関記入欄)

接種年月日	令和__年__月__日
本人確認書類 等チェック欄	【子ども・妊婦共通】住所・氏名・生年月日を確認できる書類(いずれか一つ) <input type="checkbox"/> 健康保険証 <input type="checkbox"/> 子ども医療証 <input type="checkbox"/> 運転免許証 <input type="checkbox"/> その他()
	【妊婦のみ】妊娠中であることを確認できる書類(いずれか一つ) <input type="checkbox"/> 母子健康手帳 <input type="checkbox"/> 医師の診断書 <input type="checkbox"/> その他()
所在地	
名称	
接種医師名	

(対象医療機関の方へ)

- ※助成対象の要件を満たさない方の請求については受理できません。
- ※本事業にかかる請求がある場合は、「なごや子ども・妊婦インフルエンザ予防接種費用助成事業実施総括表」に本クーポン券(原本)を添えて、事前に配付した専用封筒(水色)にて毎月10日までに名古屋市へご提出ください(それ以外のものは封入しないでください。)