

指定医療機関以外での定期予防接種を希望する場合、次の手続きにより補助を受けることができます。

※愛知県広域予防接種は別の手続きになります。

手続きの流れ

- (1) 接種を希望する医療機関へ連絡し、接種可能であることを確認してください。
- (2) **申請をする** ⇒ 下記提出書類を郵送してください。 [健康増進課窓口(市役所3階)での提出も可]

提出書類

- ①春日井市指定医療機関外予防接種実施依頼申請書
- ②予防接種の履歴の写し(母子健康手帳や予防接種済証等)
※接種履歴がある方のみ

- (3) **接種時に必要な書類を受け取る** (実施依頼申請書提出後、10日程度で㉑～㉔が届く)

- ㉑春日井市指定医療機関外予防接種実施決定通知書(申請者宛)
- ㉒春日井市指定医療機関外予防接種実施依頼書(医療機関等宛)
- ㉓春日井市指定医療機関外予防接種補助金交付申請書兼請求書
- ㉔予診票(2部複写)

- (4) **予防接種を受ける**

・医療機関に春日井市指定医療機関外予防接種実施依頼書(㉒)と予診票(㉔)を提出し、接種を受ける。 ※㉒に記載された接種の有効期限にご注意ください。

・接種費用の全額を支払い、領収書・明細書(ワクチンの種類と接種金額が分かるもの)、予診票(市提出用:2部複写の1枚目)を受け取る。

- (5) **請求をする** ⇒ 下記提出書類を郵送してください。 [健康増進課窓口(市役所3階)での提出も可]

【令和8年3月31日まで※郵送は当日消印有効】

提出書類

- ①春日井市指定医療機関外予防接種補助金交付申請書兼請求書(㉓)
- ②領収書・明細書(ワクチンの種類と接種金額が分かるもの) ※コピー可
- ③予診票(市提出用)(㉔)

- (6) **補助金交付決定通知書を受け取る** (郵送)

・補助金は、請求書を市が受け取った月の翌月末に振り込みます。

補助金上限額(1回あたり)

※ 補助金は、下記金額または接種費用のいずれか低い金額となります。

小児用肺炎球菌	B型肝炎	ロタリクス	ロタテック	ヒブ	四種混合	五種混合	B C G	麻しん風しん混合(MR)	
12,487円	8,387円	16,863円	11,836円	11,036円	13,862円	22,253円	13,343円	12,814円	
水痘	日本脳炎	二種混合	子宮頸がん			麻しん	風しん	三種混合	ポリオ
			サーバリクス	ガーダシル	シルガード9				
11,143円	9,737円	6,861円	16,115円		28,468円	9,823円	9,834円	8,283円	11,242円



注意事項

・予防接種の種類、接種回数及び医療機関を変更するときは、ご連絡ください。

〈連絡先及び郵送先〉 〒486-8686 春日井市鳥居松町5丁目44番地

春日井市健康福祉部健康増進課 予防担当 (0568)85-6168