

新型インフルエンザワクチンの接種の予約について（注意事項）

＜妊婦、基礎疾患を有する方＞

- ・ 接種を希望される方は、別紙「予約申込方法一覧」に記載の、医療機関ごとの予約方法に従って、予約してください。
- ・ 接種は、基礎疾患を有する人の中でも、特に重症化リスクが高い人からの接種となります（予約順ではありません）
- ・ ワクチンは、国から概ね月に2回供給されます。供給量によっては、次の供給分までお待ち願うことがあります。
- ・ 接種費用は、初回3,600円、2回目2,550円（初回と異なる医療機関で接種する場合は3,600円）。なお、所得の少ない世帯に対しては、自己負担の軽減がされる場合があります。詳しくは、お住まいの市町村にご相談ください。

予約申込時に必要な項目

- ・ 「新型インフルエンザのワクチン接種を希望」
- ・ お名前、ご住所、生年月日、電話番号
- ・ 「妊婦・基礎疾患を有する方」の区分
- ・ かかりつけ医療機関に予約する場合は、診察券の番号
- ・ F A Xでお申込みの場合は、返信先F A X番号

かかりつけ医がリストにない場合（受託医療機関でない場合）

- ・ 基礎疾患を有する方は、かかりつけ医で「優先接種対象者証明書」を発行していただき、希望する受託医療機関で予約・接種時にこの証明書を提示してください。
- ・ 妊婦については、希望する受託医療機関で予約・接種時に「母子健康手帳」を提示してください。

往復はがきの場合（書き方の例）

返信の宛名面

返信用 切手	<p>往復はがき</p> <p>郵便番号</p> <p>接種希望者の氏名</p> <p>接種希望者の住所</p>
-----------	--

往信の文面

「新型インフルエンザ
ワクチン接種希望」

- ・ お名前
- ・ ご住所
- ・ 生年月日
- ・ 電話番号
- ・ 「妊婦・基礎疾患を有する方」
の区分
- ・ （かかりつけ医療機関に予約す
る場合は）診察券の番号

往信の宛名面

往信用 切手	<p>往復はがき</p> <p>郵便番号</p> <p>接種希望の医療機関名</p> <p>接種希望の医療機関の住所</p>
-----------	--

返信の文面