

令和7年度 予防接種費補助金制度について

やむを得ない事情により、愛知県外又は大府市外の医療機関（愛知県広域予防接種事業は除く）で定期予防接種を接種する場合に、接種費用を補助します。

補助金額には上限がありますので超えた部分と保険診療分は自己負担となります。

（１）健康増進課（保健センター）で申請をする

【申請時に健康増進課に持参するもの】

＜乳幼児、児童、生徒の場合＞

①母子健康手帳、②予防接種実施医療機関名の電話番号・連絡先のわかるもの

＜成人、高齢者の場合＞

①予防接種実施医療機関名の電話番号、連絡先のわかるもの、②大府市の予診票

※予診票をお持ちでない方は、申請してください。

（２）医療機関等で予防接種を実施し、費用を支払う

【予防接種を受ける時に医療機関に持参するもの】

①予防接種実施依頼書（健康増進課からお渡しします。）

②大府市の予診票：接種後、記入済の予診票原本を必ず受け取ってください。

③母子健康手帳（乳児、児童、生徒のみ）：予防接種の証明を受けてください。

④予防接種済証（高齢者の方のみ）：健康増進課からお渡しします。

予防接種の証明を受けてください。

・必要時、マイナ保険証や医療受給者証等を持参してください。

（３）健康増進課窓口で補助金の交付申請手続きをする

【補助金交付申請の手続きに必要なもの】

①予診票

※予診結果及び医療機関等の名称及び押印のあるもの

記入漏れがないか必ずご確認ください。不備のあるものは受付できません。

②医療機関等の発行する領収書と明細書（原本）

※レシートは不可。被接種者の氏名が記載されたもの

領収書に予防接種名の記載があれば明細書は不要です。

③大府市予防接種費補助金交付申請書兼請求書（健康増進課からお渡しします。）

※日付、金額の部分は空欄でお願いします。

④振込先の預（貯）金通帳またはキャッシュカード

＜※記入漏れが多い箇所＞

「医師名のゴム印＋押印」又は「医師の自筆署名」が必要です。

〇〇予防接種予診票

医師署名又は記名押印 大府太郎印

（裏面に続く）

<補助金額の上限>

1 対象：乳幼児、児童、生徒、成人

種 類	補 助 金 額	種 類	補 助 金 額
ヒブ	9,490円	水痘	9,580円
小児用肺炎球菌	12,550円	日本脳炎	8,210円
B型肝炎	6,840円	2種混合	5,240円
4種混合	11,890円	HPV（2・4価）	17,560円
5種混合	20,690円	HPV（9価）	27,040円
BCG	11,780円	麻しん風しん（1・2期）	11,340円
ロタ（ロタリックス）	15,410円		
ロタ（ロタテック）	10,270円		

2 対象：成人

種 類	補助金額
麻しん風しん（5期）	10,520円

3 対象：高齢者

種 類	補 助 金 額
インフルエンザ	生活保護世帯 5,460円
	上 記 以 外 3,960円
新型コロナ	生活保護世帯 15,910円
	上 記 以 外 12,910円
带状疱疹 （シングリックス）	生活保護世帯 21,960円
	上 記 以 外 15,460円
带状疱疹 （ビケン）	生活保護世帯 8,760円
	上 記 以 外 6,160円
高齢者肺炎球菌	生活保護世帯 8,540円
	上 記 以 外 6,540円

<申請・連絡先>

大府市健康増進課（保健センター）予防接種担当

住 所 〒474-0035

愛知県大府市江端町四丁目2番地

電 話：（0562）47-8000

F A X：（0562）48-6667

受付時間：8時30分～17時15分（水曜日は19時15分まで）