

提出期限 令和8年7月22日（水）

秋田市小児等インフルエンザワクチン接種費助成事業に係る
協力医療機関の募集に関する回答票

提出日		令和 8 年		月		日	
送信元							
医療機関名							
代表者名							
連絡先							

- 1 協力医療機関として登録を希望しますか。
- ☐ 希望する ☐ 希望しない（回答は以上です。）
- 2 1で希望すると回答した場合、実施予定の対象者区分についてご回答ください。
- ☐ 13歳未満の小児 ☐ 13歳以上の中学生 ☐ 妊婦
- 3 市ホームページの協力医療機関一覧への掲載を希望しますか。
- ☐ 希望する ☐ 希望しない
- 4 今後小児等に対するインフルエンザワクチンの助成事業を行う際、助成額決定の参考にするため、今年度の貴医療機関のインフルエンザワクチン接種費用について、差し支えなければご回答ください。（見込でも可）

・ 13歳未満の小児	(注射)	_____	円／回
	(経鼻)	_____	円／回
・ 13歳以上の中学生	(注射)	_____	円／回
	(経鼻)	_____	円／回
・ 妊婦		_____	円／回

- 5 その他（自由記入欄）
例：かかりつけ患者のみ、○歳以上から、予約は不要 等

【送付先】

秋田市保健所健康管理課予防接種担当

TEL: 8 8 3 - 1 1 7 9 FAX : 8 8 3 - 1 1 5 8

Mail : ro-hlhm@city.akita.lg.jp