

予防接種自己負担額同意書

令和8年度 インフルエンザ・新型コロナウイルス

ほほ笑み在宅医療クリニック 院長 宇都宮隆法 殿

私は、下記の予防接種費用について説明を受け、今回の自己負担額を確認し、その費用を負担することに同意します。

氏名 _____ 年齢 _____ 歳

住所 _____

自己負担額一覧

接種日時時点の年齢／1回あたり／該当欄にチェック

対象区分	住民票の市町村	インフルエンザ	新型コロナウイルス
全額自己負担 64歳以下 (下記の助成対象者を除く)	☐ 市町村共通	3,760円	15,300円
市町村の助成対象 65歳以上 または 60～64歳で 一定の障がいがある方※ 右欄は助成後の自己負担額	☐ 始良市	1,680円	6,900円
	☐ 霧島市	1,680円	6,900円
	☐ 鹿児島市	1,500円	6,000円
	☐ 湧水町	1,680円	6,800円
	☐ 枕崎市	1,760円	7,500円
	☐ 都城市	1,400円	4,500円
☐ 上記の助成対象者のうち 生活保護受給者・中国残留邦人等		0円（全額助成） 自己負担なし	0円（全額助成） 自己負担なし

※60～64歳の対象：心臓・腎臓・呼吸器の機能に、身の回りの日常生活が極度に制限される程度の障がいがある方、またはHIVによる免疫機能に、日常生活がほとんど不可能な程度の障がいがある方。

助成・免除の適用を確認したうえで、今回の自己負担額を下欄に記入します。

接種するワクチン ☐ インフルエンザ ☐ 新型コロナウイルス

今回の自己負担額

インフルエンザ _____ 円 新型コロナ _____ 円

合計 _____ 円 同意日 年 月 日

本人署名 _____

代筆・代理人氏名 _____ 本人との関係 _____

(本人が記入できない場合は、代筆・代理人氏名と本人との関係をご記入ください)

ほほ笑み在宅医療クリニック 鹿児島県始良市西餅田1355-6 電話 0995-55-8880