

会員各位

柏市から下記の通りとりまとめ依頼がございましたご協力いただけます際は、承諾書のご提出をお願いいたします。なお、承諾書につきましては柏市医師会ホームページからもダウンロードできますのでご利用ください。  
柏市医師会 事務所

柏健健第536号の2

令和6年6月28日

柏市医師会員 様

柏市長 太田和美

令和6年度柏市予防接種等実施に関する協力について（依頼）

初夏の候、貴職におかれましては、ますます御清栄のこととお喜び申し上げます。また、日ごろから、本市の予防接種事業に特段の御高配を賜り厚く御礼申し上げます。

さて、本市では、下記の予防接種事業の実施を予定しております。

つきましては、御多忙の折、大変恐縮ですが、別紙「令和6年度柏市個別予防接種実施協力承諾書（新型コロナワクチン及び小児インフルエンザ）」を御記入の上、押印し、下記のとおり御提出くださいますようお願い申し上げます。

## 記

### 1 依頼内容

令和6年10月より、新型コロナワクチン予防接種事業及び小児インフルエンザ予防接種費用助成事業を開始する予定です。

それに伴い予防接種事業の協力の承諾について確認するものです。

### 2 対象予防接種

#### (1) 新型コロナワクチン

##### ア 対象者

接種時に柏市に住民登録があり、次のいずれかに該当する方

(ア) 接種時に満65歳以上の方

(イ) 接種時に60歳～64歳で、心臓、腎臓、呼吸機能や免疫の

機能障害 1 級に相当する方

イ 接種期間

令和 6 年 1 0 月 1 日(火)から 令和 7 年 3 月 3 1 日(月)まで

ウ 委託料

自己負担あり 1 2, 8 0 0 円 (自己負担額 2, 5 0 0 円)

自己負担なし 1 5, 3 0 0 円

エ 接種回数

1 回

(2) 小児インフルエンザ

ア 対象者

接種時に柏市に住民登録がある生後満 6 か月から小学 6 年生の方

イ 接種期間

令和 6 年 1 0 月 1 日(火)から 令和 7 年 1 月 3 1 日(金)まで

ウ 助成金額

1 回あたり 1, 5 0 0 円 (最大 2 回まで)

エ 接種回数

2 ~ 4 週間の間隔をおいて 2 回 (経鼻ワクチンの場合 1 回)

3 提出についての留意点

(1) 提出期限

令和 6 年 8 月 5 日 (月) まで

(2) メールアドレスの提供

2 (1) については今年度より定期接種化されるワクチンのため、国からの情報提供があった際は御記入先に御連絡致します。

4 提出先

〒 2 7 7 - 0 8 4 5

柏市豊四季台 1 - 1 - 1 1 8 柏地域医療連携センター 2 階

一般社団法人 柏市医師会

TEL 0 4 - 7 1 2 8 - 5 5 5 1

5 問い合わせ先

柏市健康医療部健康増進課 予防接種担当 (今関, 須田)

TEL 0 4 - 7 1 2 8 - 8 1 6 6

FAX 0 4 - 7 1 6 4 - 1 2 6 3