10 월 2 일 기준 만 59 세 또는 만 64 세인 분께

인플루엔자 임의 예방접종 비용 지원 제도 안내

고령자 인플루엔자 접종은 예방접종법에 따라 【생일 전날】부터 정기 예방접종으로 받을 수 있도록 규정되어 있습니다. 그러나 아다치구에서는 2020 년도부터 임의 예방접종 지원 제도를 시작하며, 본 용지 하단의 동의서란에 서명하면 【생일 전날】보다 먼저 아다치구의 예진표를 사용하여 예방접종을 받을 수 있습니다.

【접종 시 반드시 본 용지를 지참하세요】

임의 예방접종 대상자

만 60 세 또는 만 65 세 **생일 전날보다 먼저** 인플루엔자 예방접종을 희망하는 사람

임의 예방접종 받는 방법

아래 동의서란에 서명한 후, 예방접종 예진표와 함께 **아다치구 내 지정 의료기관**에 지참해 주세요.

※아다치구 자체 제도이므로 **아다치구 이외의 의료기관에서는 임의 예방접종을 받을 수 없습니다**.
생일 전날보다 먼저 아다치구 이외의 의료기관에서 접종한 경우, **비용 지원 제도 대상에서 제외되므로 접종 비용 전액을 본인이 부담**하게 됩니다.

임의 예방접종과 정기 예방접종의 차이점

	임의 예방접종 **(생일 전날보다 먼저 접종)**	정기 예방접종 (생일 전날부터 접종)
본인 부담액	**무료**	
접종 가능 시기	2026 년 10 월 1 일～생일 이틀 전	생일 전날～2027 년 1 월 31 일
접종 가능 의료기관	**아다치구 내 지정 의료기관** **(아다치구 외 접종 불가)**	**도쿄 23 구 내** 지정 의료기관
이상반응 발생 시 보상	독립행정법인이 보상(※)	국가가 보상
준비물	・예방접종 예진표 ・보험증 등(의료기관마다 다름) **・동의서(본 용지)**	・예방접종 예진표 ・보험증 등(의료기관마다 다름)

(※) 임의 예방접종의 이상반응으로 인해 일상생활에 지장을 주는 장애가 남는 등 건강 피해가 발생한 경우, 독립행정법인 의약품의료기기종합기구법에 따른 구제를 받을 수도 있습니다.

< 동의서 >

임의 예방접종 제도를 이용하여 접종받기를 희망합니다. 본 서식은 예방접종의 안전성 확보를 목적으로 합니다. 이를 이해하고 본 서식이 아다치구에 제출되는 것에 동의합니다.

본인 자필 서명 _____

긴급 연락처 _____

문의처 아다치구 위생부 보건예방과 예방접종계 전화 03-3880-5094