

令和 7 年 9 月吉日

患者様・ご家族様各位

医療法人社団星晶会
理事長 松本昭英

インフルエンザ予防接種のお知らせ

秋の気配を感じる昨今でございますが、皆様方にはご清祥のことと心よりお慶び申し上げます。日頃は星晶会運営にご尽力賜り、深く感謝いたしております。

さて、今年もインフルエンザの流行する季節がやってまいりました。

※ワクチンの供給量には限りがありますので、ご希望の方はお早目に申し出ください。

記

ワクチン接種は、医師の診断により適否決定のうえ実施いたします。

- ・実施期間：令和 7 年 10 月 1 日から令和 8 年 1 月 31 日までの間
- ・接種回数：1 回のみ

一般の方	3,500 円
接種当日満 65 歳以上の方 もしくは 接種当日満 60 歳以上 65 歳未満で、身障者手帳 1 級に相当する方	1,500 円（一部公費負担金として） ※伊丹市以外（6 市 1 町）居住者…「予防接種実施依頼書」は必要ありません。（令和 6 年より）（注 1） ※6 市 1 町以外居住者…予防接種実施依頼書が必要となりますので、各居住市町村にて取り寄せをお願いいたします。 身障者手帳 1 級に相当する方は「身障者手帳」をご持参ください。
接種当日満 60 歳以上 65 歳未満で、身障者手帳 1 級に相当し、かつ、生活保護法適用証明書がある方	無料 但し、「身障者手帳」、「生活保護法適用証明書」、伊丹市以外の方は「予防接種実地依頼書」が必要です。

※「生活保護法適用証明書」のある方で 65 歳以上の方は無料です。

注 1 伊丹市以外（6 市 1 町）…（西宮市・尼崎市・宝塚市・川西市・芦屋市・三田市・猪名川町のみ）

・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・ キリトリ ・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・

お名前

インフルエンザ予防接種を希望します。

予診票の種別確認のため、該当箇所にレ印または○印をご記入願います。

1.住民票をおかれている市町村はどちらですか？

☐ 伊丹市 ☐ その他（市・町）

2.ご年齢は以下の①～③のいずれに相当しますか？ また、②の方は身障者 1 級手帳をお持ちですか？

☐ ① 60 歳未満

☐ ② 60～64 歳 →身障者 1 級手帳をお持ちですか？（はい・いいえ）

☐ ③ 65 歳以上