

# インフルエンザ予防接種 助成のお知らせ

インフルエンザ予防接種は、個人の発病や重症化の予防を主な目的としているため、自らの意思で接種するものです。接種を希望される場合は、予防接種の効果と副反応についてご理解された上でお受けください。

## 1. 対象者

佐呂間町に住所を有する以下の方が対象です。

《定期接種助成対象者》

|       |                                                                                                                      |
|-------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 対象者 1 | 65歳以上の方                                                                                                              |
| 対象者 2 | 60歳以上65歳未満であって、心臓、腎臓若しくは呼吸器の機能の障害またはヒト免疫不全ウイルスによる免疫の機能の障害を有する方(身体障害者手帳1級の方)<br>※身体障害者手帳1級以外の方は事前に役場保健福祉課までお問い合わせください |



中学生以下は  
保護者の同伴を  
お願いします

《任意接種助成対象者》

|       |                                                                         |
|-------|-------------------------------------------------------------------------|
| 対象者 3 | 1歳以上の幼児・小学生・中学生・高校生                                                     |
| 対象者 4 | 60歳未満であって、心臓、腎臓若しくは呼吸器の機能の障害又はヒト免疫不全ウイルスによる免疫の機能の障害を有する方(身体障害者手帳1級相当の方) |

## 2. 町の指定医療機関

### ▶ クリニックさろま

ご予約について：広報折込チラシ「インフルエンザワクチン接種のお知らせ」をご確認ください。

### ▶ 遠軽厚生病院

現在調整中の為、改めて広報にてお知らせいたします。

## 3. 接種費用

**1回目 2,000円**

**2回目 1,100円**

※通常3,000円～4,000円程度の費用がかかります。定期接種・任意接種、同額です。

○13歳以上は1回、12歳以下は2回まで助成可能

○町民税非課税世帯(高校生以下)・生活保護世帯は全額免除

※役場保健福祉課にて事前申請が必要

○助成対象接種期間：令和7年10月1日～令和8年3月31日



## 4. 助成の流れ

### 1. 指定医療機関窓口にて助成対象者の確認(右記参照)

| 本人確認書類                                                  |                                                    |
|---------------------------------------------------------|----------------------------------------------------|
| 対象者 1                                                   | 保険証または資格確認書                                        |
| 対象者 2                                                   | 保険証または資格確認書 + 障害者手帳                                |
| 対象者 3                                                   | ・町が発行する『乳幼児等医療費受給者証等』<br>※接種記録をするため『母子手帳』もご持参ください。 |
| 対象者 4                                                   | 指定医療機関窓口での助成は行っておりません。後日償還払いでの助成となります。             |
| 町民税非課税世帯(対象者 3)・生活保護世帯の方へ                               |                                                    |
| 上記に加えて、『費用免除証明書』が必要となります。<br>※役場保健福祉課保健推進係にて事前にご申請ください。 |                                                    |

### 2. 接種費用(右記参照)の支払い

◎町の指定医療機関以外で接種を受ける場合は、

【佐呂間町HP】

**後日、償還払いにて助成可能**です。

※定期接種の対象者は任意接種の扱いとなります。定期接種と任意接種では、健康被害が出た場合の補償などが異なります。詳細は右記QRコードから佐呂間町HPをご確認ください。



ー 施設入所・長期入院をしている方へ ー

- 指定医療機関以外で施設入所・長期入院している方は、町から医療機関等へ依頼書を提出することで定期接種が受けられます。必ず接種前に保健福祉課保健推進係へご連絡ください。
- 後日、償還払いでの助成となります。

## 5. 償還払い(後払い)について

役場保健福祉課保健推進係で申請手続きをすることで助成が受けられます。

### ▶助成の流れ

1. 医療機関窓口で全額自己負担
2. 役場保健福祉課保健推進係にて助成申請
3. 後日、ご指定の口座にお振込み

申請期限  
令和8年4月30日  
まで

### ▶申請に必要なもの

領収書、接種済証、印鑑、振込先がわかる物(通帳等)



保健福祉課保健推進係 ☎ 2・1212