

高齢者インフルエンザ予防接種費助成申請について

- ❖ 栃木県以外の医療機関または、栃木県予防接種相互乗り入れ事業を実施していない医療機関で、予防接種を希望される方は、下記の要件により高齢者インフルエンザ予防接種費用を助成します。

記

【 対象者 】 高根沢町に住所を有する方で、接種日に次の要件に該当する方

- ① 65歳以上の方
- ② 60歳～64歳で心臓・腎臓・呼吸器の機能又はヒト免疫不全ウイルスによる免疫機能に障がいを有し、内部障がい1級の身体障害者手帳をお持ちの方

【 申請に必要な書類 】

- ① 予防接種助成申請書
 - * 申請者印がない場合は、受付することができませんので、申請者の印漏れにご注意ください。
- ② 予診票
 - * 高根沢町控え（1枚目）を医療機関から預かってきてください。
- ③ 領収書
 - * 領収印の押してあるもの（レシートは不可）
- ④ 対象者②に該当する方でインフルエンザ予防接種を受けた方は身体障害者手帳のコピー（写し）をつけてください。

- ❖ 必要書類に不備がある場合は、支払い等が遅れることがあります。
振込先や口座番号はお間違いの無いようにご記入ください。
ゆうちょ銀行への振り込みの場合は、必ず数字3桁の店番号をご記入ください。

【 接種実施期間 】 令和5年10月1日～令和6年2月29日

【 助成費用 】

予防接種費用は、全額医療機関にお支払いただきます。
支払額より自己負担分（1,000円）を差し引いた額（限度額3,950円）を助成いたします。限度額を超えた分については自己負担となります。助成は1人1回のみです。

【 申請期間 】 令和6年3月29日まで（期限厳守）

【 申請先 】 高根沢町保健センター

お問い合わせ
高根沢町保健センター
電話 028(675)4559