

# 広島市にお住まいの75歳以上の方に 肺炎球菌ワクチンの接種費用を一部助成します。

- 肺炎は、特に高齢者にとって命に関わることにともなわねない病気です。広島市では、その原因菌の第1位である肺炎球菌に対するワクチンの接種費用を一部助成します。
  - 脾臓を摘出した方は、健康保険等を利用して接種を受けることができます。健康保険等を利用して接種を受けたほうが、自己負担額が安くなりますので、脾臓を摘出した方は、医療機関にご相談ください。
- ※ 健康保険等を利用して接種を受ける場合の自己負担分にこの助成券を使用することはできません。

## 助成のしくみ

※ 接種費用は無料にはなりません。

## 接種費用

医療機関が  
設定する額

—

## 助成額

助成券  
3,000円分

＝

## 自己負担額

医療機関で  
お支払いください。

## 助成対象者

次の(1)～(3)をすべて満たす方

- (1) 広島市に住民登録している方
- (2) 申請時に75歳以上の方
- (3) 本助成制度により接種を受けたことがない方

- 接種を受けるかどうか
  - 接種を受けたことがある方は、再接種の時期はいつがよいか
- については、かかりつけ医にご相談ください。

## ● 助成を受けるためには

接種前に助成券を申請し、助成券の交付を受けてから、接種を受けてください。

接種を受ける人以外(ご家族や介護者など)が申請するときは、委任の欄に記入してください。

申請受付後10日～2週間程度で、助成券を原則としてご自宅に郵送します。

## 申請の方法

窓口での申請

※ 申請書は、各保健センター、出張所、連絡所、公民館、接種医療機関に置いてあります。広島市ホームページでもダウンロードできます。  
(出張所、連絡所、公民館、接種医療機関では申請の受付はしていません。)

### ① 各保健センター健康長寿課に、健康保険証をお持ちください。

(生活保護を受けている方は、「被保護者証明書(夜間・休日等受診用)」をお持ちください。)

### ② 申請書に必要事項を記入し、提出してください。

郵送またはFAXでの申請

申請書に必要事項を記入し、郵送又はFAX送信してください。

【郵 送】 〒730-8586 (住所不要) 広島市役所保健医療課 行

【FAX】 (082) 504-2258 広島市役所保健医療課 行

## 申請の期間

平成26年2月28日(金)まで

## 接種の受け方

- 助成券は広島市内の医療機関で接種を受ける場合に使用できます。
- 接種の日時は、接種を希望する医療機関に各自で予約を行ってください。
- 有効期限が平成25年3月31日までの助成券をお持ちの方で、まだ接種を受けていない方は、平成26年3月31日までその助成券を使用できます。
- 接種を受ける時には、医療機関に次のものをお持ちください。

① ご自宅に郵送された肺炎球菌ワクチン接種助成券

② 健康保険証(「後期高齢者医療被保険者証」)

(生活保護を受けている方は、「被保護者証明書(夜間・休日等受診用)」)

③ 自己負担金(医療機関によって金額が異なりますので各医療機関にご確認ください。)

## 接種の期間

平成26年3月31日(月)まで

## お問い合わせ

お住まいの区の保健センター  
又は広島市役所保健医療課へ

|            |          |           |          |
|------------|----------|-----------|----------|
| 中保健センター    | 504-2528 | 安佐南保健センター | 831-4942 |
| 東保健センター    | 568-7729 | 安佐北保健センター | 819-0586 |
| 南保健センター    | 250-4108 | 安芸保健センター  | 821-2808 |
| 西保健センター    | 294-6235 | 佐伯保健センター  | 943-9731 |
| 広島市役所保健医療課 | 504-2622 |           |          |

窓口で申請する場合

郵送で申請する場合

FAXで申請する場合

各保健センター健康長寿課にご提出ください。

(様式1) H25年4月版

〒730-8586 (住所不要) 広島市役所保健医療課 行

FAX 番号 (082) 504-2258

お読みください

- 有効期限が平成25年3月31日までの助成券をお持ちの方で、まだ接種を受けていない方は、平成26年3月31日までその助成券を使用できますので、再申請は不要です。
  - 過去5年以内に肺炎球菌ワクチンの接種を受けた方が再度接種した場合、初回接種より副反応の発生頻度が高く、程度が強くなるのが報告されています。接種を受けたことがある方は、接種時期についてあらかじめかかりつけ医にご相談ください。
  - 脾臓を摘出した方は、健康保険等を利用して接種を受けることができ、自己負担額が安くなります。脾臓を摘出した方は、医療機関にご相談ください。
- ※ 健康保険等を利用して接種を受ける場合の自己負担分にこの助成券を使用することはできません。

## 広島市高齢者肺炎球菌ワクチン接種費用助成券交付申請書

(あて先) 広島市長

申請日 平成 年 月 日

下記のとおり、肺炎球菌ワクチン接種助成券の交付を申請します。  
 なお、市が、この申請に必要な情報(住所、氏名、年齢、生活保護受給の有無)について確認することに同意します。また、私が属する世帯の世帯員の同意も得ています。

申請者(接種を受ける人)

太枠の中にご記入ください。

|                                                       |                                                |  |  |    |                                                    |
|-------------------------------------------------------|------------------------------------------------|--|--|----|----------------------------------------------------|
| 住所<br>※ 住民登録しているところを記載                                | 〒<br>広島市 区 丁目 番 号                              |  |  |    |                                                    |
| 電話番号                                                  | — —                                            |  |  |    |                                                    |
| 氏名                                                    | カナ                                             |  |  | 性別 | 男・女                                                |
| 生年月日                                                  | ※ 申請時に満75歳以上が対象<br>明治・大正・昭和 年 月 日 (満 歳)        |  |  |    |                                                    |
| 確認事項<br>※ <input checked="" type="checkbox"/> がある人が対象 | <input type="checkbox"/> 本助成制度で接種を受けたことはありません。 |  |  |    | ← <input checked="" type="checkbox"/> がないと受付できません。 |

### 〈申請方法及び申請にあたっての注意事項〉

- ① 助成券は、原則接種を受ける人のご自宅(住民登録しているところ)に郵送します。ご自宅に届くまでに10日~2週間程度かかります。
- ② 助成額は3,000円です。接種時に、医療機関で自己負担金の支払いが必要です。(医療機関によって金額が異なります。)
- ③ 助成を受けて接種を受けるには、「助成券」が必要です。接種時に必ず助成券を医療機関に持参してください。
- ④ この申請により交付された助成券の使用期間は、平成26年3月31日までです。
- ⑤ この助成制度を利用した接種は、広島市内及び安芸郡の医療機関でのみ受けられます。

■ 接種を受ける人以外(ご家族や介護者など)が助成券の交付を申請するときは下記にご記入ください。

肺炎球菌ワクチン接種助成券の交付申請を、次の者に委任します。

接種を受ける人の署名(サイン)

又は 記名(代筆可)・押印

※接種を受ける人の氏名

印

委任される人

住所

電話番号

氏名

〒

—

—

受付課

記載項目確認

確認事項

係

係長

課長

☐ 全項目記載

☐ 住所  
☐ 年齢

☐ 後期高齢者医療被保険者に該当  
☐ 上記以外

/

/

/