

おとなの予防接種



お問い合わせ 保健福祉課 健康推進係 ☎ 0172-55-7149

| 予防接種の種類 | 対象 | 接種回数 | 助成金額 | 期間等 | 備考 |
|------------|--|------|-----------------------------|-------------------------|--|
| 季節性インフルエンザ | 任意 妊婦 | 1回 | 3,000円 左記①②の生活保護受給者は全額助成 | 令和6年10月1日 ～令和7年1月31日 | 委託医療機関は後日回覧等でお知らせします。事前予約が必要です。 接種料金が助成金額を上回る場合は差額が自己負担となります。 委託医療機関以外で接種した場合は償還払いとなります。(申請期限は令和7年2月28日) |
| | 定期 ① 65歳以上(接種日当日) ② 60歳以上65歳未満で、心臓、腎臓、呼吸器の機能またはヒト免疫不全ウイルスによる免疫の機能に障害があり、身体障害者1級に該当する方 | | | | |
| 風しん | ①妊娠を希望する女性及びその夫 ②妊婦の夫 | 1回 | 風しん抗体検査・予防接種の全額(1人1回まで) | 令和7年2月28日まで | 事前の申請が必要です。 ※抗体検査の結果、抗体価の低い場合に予防接種となります。 |
| | [追加的対策] 昭和37年4月2日から昭和54年4月1日生まれの男性で抗体検査未実施の方 | | | | 対象者へ個別通知します。 事前予約が必要です。 ※抗体検査の結果、抗体価の低い場合に予防接種となります。 |
| 高齢者肺炎球菌 | 定期 ① 65歳の方 ② 60歳以上65歳未満で、心臓、腎臓、呼吸器の機能またはヒト免疫不全ウイルスによる免疫の機能に障害があり、身体障害者1級に該当する方 | 1回 | 7,332円 | 令和6年4月1日 ～令和7年3月31日 | 対象者へ個別通知します。 委託医療機関は後日回覧等でお知らせします。事前予約が必要です。 接種料金が助成金額を上回る場合は差額が自己負担となります。 委託医療機関以外で接種した場合は償還払いとなります。 |
| 新型コロナウイルス | 定期 ① 65歳以上(接種日当日) ② 60歳以上65歳未満で、心臓、腎臓、呼吸器の機能またはヒト免疫不全ウイルスによる免疫の機能に障害があり、身体障害者1級に該当する方 | 1回 | 詳細未定 | 秋頃 未定 | 詳細については後日回覧等でお知らせします。 |