

町外医療機関の皆様へ

高齢者・中学生以下のインフルエンザ予防接種を 入院等の理由から町外の医療機関で接種を行う場合

貴院に入院中等の理由から、当町の町民が貴院内で予防接種をするときは、次の手順で予防接種を行ってください。

高齢者・中学生以下 共通条件

- ① 助成の対象になるのは10月から12月の間に接種したものに限りです。
- ② 接種した方が安平町から転出された場合、転出日以降に接種したものは助成対象になりません。
- ③ 国内未承認のワクチン（経鼻用ワクチン等）は助成対象外です。

接種対象者

| 区分 | 接種日現在の年齢 | 備考 |
|-----|---------------------------------|--|
| 高齢者 | (1) 65歳以上 | |
| | (2) 60歳以上65歳未満の人で右の備考欄の要件に該当する人 | 身体障害者手帳1級に該当する人で、次のいずれかの障害に該当する人 ① 心臓機能障害 ② 腎臓機能障害 ③ 呼吸器機能障害 ④ ヒト免疫不全ウイルスによる免疫機能障害 |
| 子ども | 中学生以下の子ども | 接種には保護者の同意が必要です。 |

I 高齢者

1. 接種まで

本人または家族が直接医療機関に予約して、10月～12月までの期間内に医療機関で予防接種を行います。

(接種依頼書が必要なとき)

安平町長の接種依頼書が必要なときは、接種の前に安平町へ申出書（別添ファイル「インフルエンザ申出書」）に必要事項を記入・押印のうえご提出ください。

申出は窓口提出以外に郵送でも受け付けていますが、郵送の場合は接種日までの日数に

余裕を持って担当まで送付してください。

窓口で申出をする場合、ご家族の方が代理で手続きをしていただけます。
次の役場窓口のうち、お近くの庁舎をご利用いただけます。

(役場窓口)

総合庁舎 健康福祉課 健康推進グループ
総合支所 住民サービス課

インフルエンザ予防接種予診票・接種済み証について

接種する医療機関に備え付けの予診票・接種済み証をお使いいただけますが、特に安平町の予診票・接種済み証が必要な場合は事前に担当までご連絡ください。

2 接種料金の請求

接種後は貴院の設定料金で接種者本人へ請求し、一旦全額を本人（またはご家族）が精算します。

精算後、接種者本人の氏名・金額・インフルエンザ予防接種の料金の表示がある領収書を接種者へ交付してください。

入院中の場合で、月締め入院料金全体の領収書に接種料金を含むときは、内訳書等でインフルエンザの接種料金がわかるものをあわせて交付してください。

なお、接種済み証または予診票（写しも可）を接種者へ交付してください。

3 接種料金の全額助成対象について

一旦支払った接種料金を安平町へ償還払い申請することにより助成します。

助成額は接種者の状況により一部助成（助成上限有り）または全額助成（助成上限無し）のいずれかで助成します。

(全額助成の対象となるのは下の表のいずれかに該当する方です。)

65歳以上の人で下表に該当しない人は一部助成の対象になります。

全額助成の対象者

| 年齢 | 要件 | 内容 |
|-------|----------------|--|
| 65歳以上 | 身体障害者手帳を持っている人 | (1) 1級または2級に該当する人 (障害名は問いません) |
| | | (2) 3級に該当する人で次のいずれかの障害に該当する人 ① 心臓機能障害 ② 腎臓機能障害 ③ 呼吸器機能障害 ④ ぼうこう又は直腸の機能障害 |

| | | |
|--------|----------------------|---|
| | | ⑤ 小腸機能障害 ⑥ ヒト免疫不全ウイルスによる免疫機能障害 |
| | 精神障害者福祉手帳を持っている人 | 1級に該当する人 |
| | 生活保護世帯の人 | |
| | 介護保険施設に入所中の人 | ① 指定介護老人保健福祉施設 ② 介護老人保健施設 |
| | 特定疾患受給者証を持つ人 | 特定疾患受給者証を持つ人 |
| | 障害者通所等交通費の助成要件に該当する人 | ① 自立支援受給者証を持つ人 ② 療育手帳を持つ人 (A. B判定のいずれも可) |
| 60～64歳 | 身体障害者手帳を持っている人 | 1級に該当する人で、次のいずれかの障害に該当する人 ⑤ 心臓機能障害 ⑥ 腎臓機能障害 ⑦ 呼吸器機能障害 ⑧ ヒト免疫不全ウイルスによる免疫機能障害 |

4. 一部助成の助成上限額について

町外の医療機関で接種した料金から1,080円を差し引いた額を助成します。ただし、その年度の安平町内の医療機関の接種料金のうち、最も高い接種料金から自己負担額1,080円を差し引いた額が助成上限額です。

その年度の助成上限額は、10月以降に担当までお問合せください。

例) 安平町内の接種料金が3,500円だったとき

$$3,500円 - 1,080円 = 2,420円 \text{ (助成上限額)}$$

助成額比較 (助成上限額を2,420円とした場合)

| 接種料金が | 町外医療機関の接種料金例 | 計算方法 | 助成額 | 備考 |
|---------|--------------|--------------------------|--------|------------------|
| 安平町より安い | 3,000円 | 3,000円 - 1,080円 = 1,920円 | 1,920円 | 接種料金から1080円を引いた額 |
| 安平町と同額 | 3,500円 | 3,500円 - 1,080円 = 2,420円 | 2,420円 | |
| 安平町より高い | 4,000円 | 4,000円 - 1,080円 = 2,920円 | 2,420円 | 助成上限額まで |

5. 申請方法

次のものを持って3月31日までに担当窓口で申請してください。

郵送での申請も受け付けます。(送付先住所は「Ⅲ 申請先」をご覧ください)

| | | |
|------------------------|----------------|---|
| 必要なもの | 安平町予防接種助成金申請書 | 用紙は役場の窓口にあります。あらかじめ添付ファイルからダウンロードしていただいたものを持参していただいても構いません。 |
| | 印鑑 | シャチハタは不可 |
| | 振込先口座がわかるもの | 接種者名義の口座 |
| | 予防接種の領収書 | 領収印のあるもの (レシート不可) |
| | 接種済み証又は予診票(写し) | ない場合はご相談ください |
| 全額助成の 該当者が 必要なもの | 身体障害者手帳(写し) | 等級・氏名が記載されている面 |
| | 精神障害者手帳(写し) | |
| | 療育手帳(写し) | |
| | 特定疾患受給者証(写し) | 有効期限内のもの |
| | 自立支援受給者証(写し) | |

※生活保護世帯・介護保険施設に入所中の方は、役場の担当部署や入所中の施設に確認しますので添付書類は不要です。

I 子ども(中学生以下)

1. 接種まで

本人(保護者)が直接医療機関に予約して、10月～12月までの期間内に医療機関で予防接種を行います。

インフルエンザ予防接種 予診票について

接種する医療機関に備え付けの予診票をお使いください。

2. 接種料金の請求

接種後は貴院の設定料金で接種者本人へ請求し、一旦全額を本人(保護者)が精算します。精算後、接種者本人の氏名・金額・インフルエンザ予防接種の料金の表示がある領収書を接種者(保護者)へ交付してください。

入院中の場合で、月締めの入院料金全体の領収書に接種料金を含むときは、内訳書等でインフルエンザの接種料金がわかるものをあわせて交付してください。

可能であれば予診票(写しも可)を接種者へ交付してください。

3. 接種料金の助成対象について

一旦支払った接種料金を安平町へ償還払い申請することにより助成します。

法定接種の高齢者の場合とは異なり、子どもの助成に全額助成はありません。
子ども一人当たり、年間最大2回分の接種料金を助成します。

4. 助成上限額について

町外の医療機関で接種した料金から540円を差し引いた額を助成します。
ただし、その年度の安平町内の医療機関の接種料金のうち、最も高い接種料金から自己負担額540円を差し引いた額が助成上限額です。

その年度の助成上限額は、10月以降に担当までお問合せください。

例) 安平町内の接種料金が2,600円/1回だったとき
2,600円 - 540円 = 2,060円 (助成上限額)

1回当たり助成額比較 (助成上限額を2,060円とした場合)

| 接種料金が | 町外医療機関の接種料金例 | 計算方法 | 助成額 | 備考 |
|---------|--------------|------------------------|--------|-----------------|
| 安平町より安い | 2,000円 | 2,000円 - 540円 = 1,460円 | 1,460円 | 接種料金から540円を引いた額 |
| 安平町と同額 | 2,600円 | 2,600円 - 540円 = 2,060円 | 2,060円 | |
| 安平町より高い | 3,000円 | 3,000円 - 540円 = 2,460円 | 2,060円 | 助成上限額まで |

5. 申請方法

次のものを持って3月31日までに担当窓口で申請してください。

郵送での申請も受け付けます。(送付先住所は「Ⅲ 申請先」をご覧ください)

| | | |
|-------|----------------------------|--|
| 必要なもの | 安平町子どものインフルエンザ予防接種助成金交付申請書 | 用紙は役場の窓口にありますが、あらかじめ添付ファイルからダウンロードしていただいたものを持参していただいても構いません。 |
| | 印鑑 | シャチハタは不可 |
| | 振込先口座がわかるもの | 保護者名義の口座 |
| | 予防接種の領収書 | 領収印のあるもの (レシート不可) |

Ⅲ 申請先

申請は必要なものを持参のうえ役場窓口で行う方法、または必要書類を郵送で担当へ郵送していただく方法で行えます。(郵送の場合は3月31日までに必着です。)

(申請窓口) 総合庁舎 健康福祉課 健康推進グループ
総合支所 住民サービス課
(※ 総合庁舎・総合支所のどちらでも申請できます)

(郵送先) 〒059-1595
北海道勇払郡安平町早来大町95番地
安平町役場 早来庁舎 内
健康福祉課 健康推進グループ 行き

IV お問い合わせ

ご不明な点がありましたら、下記担当までお問い合わせください。

担 当

安平町 健康福祉課 健康推進グループ

電話 (0145) 29-7071 (グループ直通番号)