

# 高齢者肺炎球菌予防接種費用の助成について

下記の条件に当てはまる方は無料で受けられます！  
今年度対象の方には、既に個別にご案内をしています。

## 【定期接種】

### ●対象者

日高町に住所を有し、次のいずれかに該当する方。

- 1 平成26年度から平成30年度までの間の当該年度に65歳、70歳、75歳、80歳、85歳、90歳、95歳、100歳となる方（平成28年度に関しては表1を参照してください）
- 2 満60歳から満65歳未満で、心臓、腎臓、もしくは呼吸器の機能又はヒト免疫不全ウイルスによる免疫の機能に障害を有する方

上記、いずれも過去に町の高齢者肺炎球菌予防接種費の助成を受けたことのある方や、他町の医療機関で高齢者肺炎球菌予防接種を受けた方は対象となりません。

※平成31年度以降の対象者については、改めて国で検討することとなっています。

表1 平成28年4月1日～平成29年3月31日までの対象者

年齢	生年月日
65歳	昭和26年4月2日～昭和27年4月1日生の者
70歳	昭和21年4月2日～昭和22年4月1日生の者
75歳	昭和16年4月2日～昭和17年4月1日生の者
80歳	昭和11年4月2日～昭和12年4月1日生の者
85歳	昭和6年4月2日～昭和7年4月1日生の者
90歳	昭和元年4月2日～昭和2年4月1日生の者
95歳	大正10年4月2日～大正11年4月1日生の者
100歳	大正5年4月2日～大正6年4月1日生の者

### ●助成額 全額

※対象者の方へは、今年4月に案内文書を送付しておりますので、ご確認ください。

## 【日高町独自の任意助成事業】

日高町に住所を有し、満70歳以上で定期接種対象以外の方、

過去に町の高齢者肺炎球菌予防接種費助成を受けたことのある方は対象となりません。

〈申し込み〉医療機関に直接お問い合わせください。

〈助成方法〉①指定医療機関で接種した場合：町から1人につき5,000円を医療機関に支払いますので、予防接種を受ける方は、医療機関が定める金額から5,000円を差し引いた額を自己負担として医療機関窓口で支払ってください。

②指定医療機関以外で接種した場合：償還払いとなります。領収書、予防接種済証、印鑑を持参し、助成の申請を受付窓口で行ってください。

〈指定医療機関〉 門別国保病院、日高国保診療所、鎌田医院、勤医協厚賀診療所

〈償還払受付窓口〉日高町役場健康増進課、日高総合支所地域住民課、水・くらしサービスセンター、厚賀出張所

※対象にならない方は、これまでどおり全額自己負担となります。

## 【お問い合わせ先】

日高町役場 健康増進課 健康増進グループ 電話 01456-2-6571

日高総合支所 地域住民課 健康・介護グループ 電話 01457-6-3173



## 特定不妊治療費を助成します



少子化対策の一環として、不妊治療を受ける夫婦の経済的負担の軽減を図ることを目的に、特定不妊治療（体外受精及び顕微授精）に要する費用の一部を助成します。

〈対象者〉 次の要件をすべて満たす方

- ①北海道特定不妊治療費助成事業の助成が決定している方
- ②夫婦または夫婦のいずれかが町内に住所を有する方
- ③夫婦ともに町税等に滞納がない方

〈助成額・回数〉 特定不妊治療に要した自己負担額から、北海道から受けた助成額を差し引いた額について助成します。

- ・ 1回の治療につき10万円を上限に助成
- ・ 助成回数は、北海道特定不妊治療費助成事業で定められた回数とします。  
（初めて助成を受ける際の治療開始時の妻の年齢が40歳未満の場合6回、40歳以上43歳未満の場合3回）

〈必要な書類等〉 ①北海道特定不妊治療助成事業の助成決定指令書の写し

- ②特定不妊治療費助成事業受診等証明書の写し
  - ③医療機関が発行した領収書
  - ④夫婦の住民票
  - ⑤（夫婦のいずれかが町外に住所を有する場合）  
他市町村での市町村民税等の滞納がないことを確認できる書類（納税証明書等）
  - ⑥印鑑
  - ⑦振込口座の番号、名義人がわかるもの
- ※②～④は、北海道の助成事業申請時に添付した書類の写しでかまいません。

〈申請窓口〉 日高町役場健康増進課、日高総合支所地域住民課、水・くらしサービスセンター、厚賀出張所

〈お問い合わせ〉 日高町役場 健康増進課 健康増進グループ 電話 01456-2-6571  
日高総合支所 地域住民課 健康・介護グループ 電話 01457-6-3173

## 「児童扶養手当」・「特別児童扶養手当」 の提出はお済みですか？

該当する方へ個別にお知らせしておりますが、提出はお済みでしょうか？

本来の提出期限は次のとおりですが、まだ提出されていない方は速やかにご案内した窓口で手続きされますようお願いいたします。

なお、提出がなければ手当を受けることができなくなりますので、注意してください。

【提出期限】 児童扶養手当 平成28年8月31日（水）  
特別児童扶養手当 平成28年9月9日（金）

【お問い合わせ先】

日高町役場 子育て福祉課 子育て支援グループ 電話01456-2-6183  
日高総合支所 地域住民課 福祉・保険グループ 電話01457-6-3173