

# 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29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になりません。

※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29年4月1日～平成30年3月31日までの対象者

年齢	生年月日
65歳	昭和27年4月2日～昭和28年4月1日生の者
70歳	昭和22年4月2日～昭和23年4月1日生の者
75歳	昭和17年4月2日～昭和18年4月1日生の者
80歳	昭和12年4月2日～昭和13年4月1日生の者
85歳	昭和7年4月2日～昭和8年4月1日生の者
90歳	昭和2年4月2日～昭和3年4月1日生の者
95歳	大正11年4月2日～大正12年4月1日生の者
100歳	大正6年4月2日～大正7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になりません。

〈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

# 日高町医療費助成制度のご案内

日高町では、次の受給資格要件1～3全てに該当する方の医療費を助成しています。  
助成を受けるためには、所定の申請書による手続きが必要です。

## ◆受給資格要件

### 1. 対象者

重度心身障害者	①次のいずれかの手帳の交付を受けた方 (ア) 身体障害者手帳1～2級、内臓障害3級の一部 (イ) 療育手帳 A判定 (ウ) 精神障害福祉手帳1級 ②重度の知的障害と判定、又は診断された方
ひとり親家庭等 (父子家庭、母子家庭)	【親】子を扶養している父、又は母 【子】18歳に達する年度末まで(扶養されている者は20歳に達する月末まで)
乳幼児等	新生児～中学生までのお子さん

### 2. 健康保険に加入していること

※65～74歳の方は、後期高齢者医療保険への加入変更が必要です。(重度心身障害者のみ)

### 3. 所得制限・・・世帯の生計維持者の所得が、下表の限度額以内であること。

重度心身障害者		ひとり親家庭等		乳幼児等	
扶養人数	所得限度額	扶養人数	所得限度額	扶養人数	所得限度額
0人	6,287,000円	0人	2,360,000円	0人	6,220,000円
1人	6,536,000円	1人	2,740,000円	1人	6,600,000円
2人	6,749,000円	2人	3,120,000円	2人	6,980,000円
3人	6,962,000円	3人	3,500,000円	3人	7,360,000円
4人	7,175,000円	4人	3,880,000円	4人	7,740,000円
5人	7,388,000円	5人	4,260,000円	5人	8,120,000円

## ◆助成対象範囲

重度心身障害者	外来、入院 ※精神障害者は外来のみ対象です。
ひとり親家庭等	【親】入院のみ 【子】外来、入院
乳幼児等	【中学生まで】外来、入院

## ◆助成内容

住民税非課税世帯	受給者が※ <u>初診時一部負担金</u> を負担し、それ以外を助成します。 ※医科580円、歯科510円、柔整270円
住民税課税世帯	受給者が医療費の※ <u>1割</u> を負担し、それ以外を助成します。 ※月額上限額……外来12,000円、入院44,400円 <b>平成29年8月より…外来14,000円、入院57,600円</b>
中学生までの お子さん	・重度心身障害者及びひとり親家庭等…外来、入院ともに無料 ・乳幼児等…0歳～中学生(外来、入院ともに無料)



毎年8月1日は、受給資格の更新日です。  
資格要件に変更があった場合、助成区分の変更・資格喪失となることがあります。

## ◆申請に必要なもの・・・印鑑・対象者の健康保険証・証明書(※該当する方のみ)

- ※ 重度心身障害者の方は、交付された手帳、又は診断書
- ※ ひとり親家庭等の18歳以上の「子」は、在学証明書や学生証
- ※ 申請する年の1月2日以降に転入した方、生計維持者が単身赴任中の方は、主たる生計維持者の「所得」と「住民税の課税状況」を証明できるもの(申請する月によって証明期間が異なりますので、事前にお問い合わせください。)

<b>■制度のお問い合わせ先</b> 日高町役場 保険年金課 電話 01456-2-6561	<b>■申請窓口</b>	日高町役場 保険年金課 電話 01456-2-6561 日高総合支所 地域住民課 電話 01457-6-3173 水・くらしサービスセンター 電話 01456-2-0255 厚賀出張所 電話 01456-5-2111
------------------------------------------------------	--------------	-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------