

【助成対象期間】令和8年9月15日～令和9年2月28日

【対象者】

心臓、腎臓又は呼吸器の機能に自己の身の日常生活活動が極度に制限される程度の障害を有する者及びヒト免疫不全ウイルスにより免疫の機能に日常生活がほとんど不可能な程度の障害を有する者。

◎医療機関からの問い合わせがあったら...

【市】健康からてで接種希望者の予防接種状況を確認の上、下記の3点を病院へ説明します。

- ①該年度の接種状況を接種希望者へ確認すること。
- ②接種希望者の体の状態が左記対象条件に該当するかを病院が確認すること。
- ③必要に応じて助成対象になる旨と予診票の医師記入欄に対象条件に該当する理由(診断名や状態)を記載すること。

【接種希望者】病院へ行き、接種手続きを行う。※予診票は各病院へ備え付けているため申請は不要です。

※1身体障害者手帳を取得している場合の障害要件
手帳の障害名欄に下記のいずれかの内容が記載されているか確認します。

- ・心臓機能障害(1級) ・じん臓機能障害(1級)
- ・呼吸器機能障害(1級) ・免疫機能障害(1級)

【身体障害者手帳を取得していない場合】

上記障害と同程度の身体状況かどうか
医師の判断が必要です。

【病院】 まずは、接種当日に横手市民で60歳以上65歳未満の方が確認する。
当該年度にインフルエンザ/新型コロナ予防接種を受けていないことを確認。
不明な場合、健康推進課に連絡ください。

受けている

助成対象ではありません

受けていない

いいえ

対象要件に該当しない場合

はい ※1の要件を確認

身体障害者手帳を取得している

【接種希望者】

接種する医師へ、※1の要件に該当する身体状況が相談ください。
該当する場合は助成対象となります。

※1要件に該当する場合

【病院】 予診票の医師記入欄へ対象条件に該当する理由(診断名や状態)を記載。

【病院】 身体障害者手帳の障害名欄を確認した後、身体障害者手帳のコピーをとってください。

接種後

接種後

【病院】

①請求書②予診票③身体障害者手帳の写しを
接種実施月の翌月10日までに横手市健康推進課へ提出してください。
※生活保護受給者は「緊急時医療依頼証」の写しも提出が必要です。
(横手市健康推進課 TEL 33-9600)

【病院】

①請求書②予診票を
接種実施月の翌月10日までに横手市健康推進課へ提出してください。
※生活保護受給者は「緊急時医療依頼証」の写しも提出が必要です。
(横手市健康推進課 TEL 33-9600)