

高齢者用肺炎球菌予防接種

接種を希望される方はかかりつけ医にご相談ください。

1. 経過措置の対象者

| | | |
|-------------|-----------------------------|--------------|
| 対 象 者 | 昭和27年4月2日生 ~ 昭和28年4月1日生まれの方 | 年度内に65歳になる方 |
| | 昭和22年4月2日生 ~ 昭和23年4月1日生まれの方 | 年度内に70歳になる方 |
| | 昭和17年4月2日生 ~ 昭和18年4月1日生まれの方 | 年度内に75歳になる方 |
| | 昭和12年4月2日生 ~ 昭和13年4月1日生まれの方 | 年度内に80歳になる方 |
| | 昭和 7年4月2日生 ~ 昭和 8年4月1日生まれの方 | 年度内に85歳になる方 |
| | 昭和 2年4月2日生 ~ 昭和 3年4月1日生まれの方 | 年度内に90歳になる方 |
| | 大正11年4月2日生 ~ 大正12年4月1日生まれの方 | 年度内に95歳になる方 |
| | 大正 6年4月2日生 ~ 大正 7年4月1日生まれの方 | 年度内に100歳になる方 |

2. 60歳以上65歳未満であって、心臓、腎臓若しくは呼吸器の機能に障害又は、ヒト免疫不全ウイルスによる免疫の機能に障害のある方

3. 自己負担額 3,402円

※身体障害者手帳等級1級所持者や65歳以上で生活保護を受けられている方は、自己負担はありません。

4. 助成期間 平成29年4月1日～平成30年3月31日まで

※過去に高齢者用肺炎球菌予防接種を受けた方は対象ではありません。

予防接種を受ける際は、「予防接種手帳」を窓口にご提示ください。

高齢者用肺炎球菌予防接種に関するお問い合わせは下記までお願いします