

高齢者インフルエンザ予防接種

— 令和3年度 接種方法・公費負担について —

接種期間 令和3年10月1日～令和4年1月31日

対象者

- 東広島市民（住民登録をしている人）で、**接種当日65歳以上の人**

60歳以上65歳未満の人で、心臓・じん臓・呼吸器に身体障害者手帳1級相当の重い病気のある人及びHIVで免疫機能に重い障害のある人も対象となります。対象となるかどうかは、市又は医療機関にご相談ください。

接種方法

※新型コロナウイルスワクチンの接種後は、**13日以上間隔**を空けて接種してください。

- 接種時に、医療機関へ**健康保険証などの住所・年齢を確認できるもの**と**自己負担額1,000円**を、お持ちください。
事前に、**医療機関へお電話等でご予約ください。**

無料制度について

対象者のうち、市県民税非課税世帯の人及び生活保護受給者等は無料となります。
(1)～(3)のいずれか又は、事前に(4)の無料証明書の交付を受けて、それぞれ医療機関窓口で提示してください。

(1)後期高齢者医療限度額適用・標準負担額減額認定証（見本1）

(2)介護保険負担限度額認定証（見本2）

(3)生活保護受給者又は中国残留邦人等支援給付受給者と確認できるもの。

(4)無料証明書

※無料証明書は、事前に、ウェブまたは市役所（医療保健課）、各支所・出張所へ申請してください。

なお、福富支所及び各出張所で申請された場合は、後日郵送します。

後期高齢者医療限度額適用・標準負担額減額認定証	
有効期限	交付年月日
被保険者番号	住所
氏名	氏名
生年月日	生年月日
発効期日	発効期日
適用区分	適用区分
長期入院該当年月日	長期入院該当年月日
保険者番号並びに保険者の名称及び印	保険者印

介護保険負担限度額認定証	
交付年月日	交付年月日
番号	番号
住所	住所
フリガナ	フリガナ
氏名	氏名
生年月日	生年月日
適用年月日	適用年月日
有効期限	有効期限
世帯の負担限度額	世帯の負担限度額
居住費又は滞在費の負担限度額	居住費又は滞在費の負担限度額
保険者番号並びに保険者の名称及び印	保険者印

市外の医療機関での接種を希望する場合

事前に、市役所（医療保健課）又は各支所・出張所へ申請してください。

問い合わせ先 東広島市健康福祉部医療保健課

TEL 082-420-0936 FAX 082-422-2416