令和７年度インフルエンザ予防接種についてのお知らせ

**予防接種費用の一部または全額を助成します**

感染症対策として、インフルエンザの予防接種を受けた方に、接種費用の一部または全額を助成いたします。

なお、**予防接種を受ける際は、必ず医療機関へ連絡してから受診してください。**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 対象年齢 | | 自己負担額 | 自己負担および申請について | |
| ① | 0歳    18歳  （高校3年生相当） | 0円 | 町内医療機関 | 町外医療機関 |
| 申請は不要です  （窓口負担なし） | 申請が必要です |
| ② | 高校を卒業した  年齢相当    64歳 | 接種費用から上限額を引いた額  （上限3,000円） | 町内医療機関 | 町外医療機関 |
| 申請が必要です | |
| ③ | 65歳以上  （定期接種対象者） | 1,000円 | 県内医療機関 | 県外医療機関 |
| 申請は不要です  **（窓口負担1,000円）** | 申請が必要です |

※60歳から64歳までの方で、特定の疾患がある方は、65歳以上と同様の取扱いになります。

**申請方法**

１．接種後、医療機関窓口で全額予防接種費用をお支払いください。

２．以下の申請書類を持参し、長野原町役場 健康福祉課 に申請をしてください。

【申請書類】　予防接種名がわかる領収書　、 接種済証 、 認印 、 振込先のわかるもの

※上表②の方で、職場等でインフルエンザ費用の助成制度がある場合は、助成分を差し引いた額が対象と

なります。職場等での助成制度利用後に申請をしてください。

※書類に不備があると申請の対象外になりますので、ご注意ください。



**接種期間**

対象となる接種期間は、**令和７年１０月１日から令和８年３月３１日**です。

※上記期間外に接種された場合は対象外となりますので、ご注意ください。

お問い合わせ先　　健康福祉課　 TEL　82-2422