

## 《 インフルエンザ予防接種相互乗り入れ 留意事項 》

1. インフルエンザ予防接種相互乗り入れ公費助成対象者は、下記のとおりです。
  - (1) 65歳以上の者
  - (2) 60歳以上65歳未満の者であって、心臓、腎臓又は呼吸器の機能に自己の身の日常生活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であること

※対象者の確認方法:内部障害(心臓機能障害・腎臓機能障害等)の障害者手帳1級程度を持参された方です。外部障害(肢体不自由等)の障害者手帳をお持ちの方は、対象外となります。  
対象者かどうか不明な場合は、各市町村へご確認ください。
2. 相互乗り入れは、対象者の居住地(住民票のある市町村)にある医療機関以外で接種した場合に、対象者居住地の市町村に請求するための事業であり、原則的に、医療機関所在地の被接種者分は、本事業を利用し請求することはできません。
3. 市町村ごとに、接種期間・公費助成額・自己負担額などを定めています。被接種者が居住する市町村の取扱いに添い、必ずご確認ください。
  - ・接種期間外は、原則として任意接種となり、全て自己負担となります。
  - ・本人負担額が差額の場合、医療機関ごとの設定料金から公費負担額を差し引いた額を被接種者より実費徴収してください。
  - ・生活保護世帯等の報告で、証明書や手帳のコピーなどが必要な場合は必ず添付してください。
4. 医療機関から県医師会への報告は、様式1の用紙を用いて毎月7日迄に前月分を市町村番号の早い順に並び替え、市町村ごとに取りまとめのうえ、一括して送付してください。また、報告が遅れた場合は、市町村からの支払いができなくなったり、遅延理由書が必要な場合もありますので、早めにご提出ください。
5. 実施報告書並びに予診票の原本を添付してご提出ください。
6. 市町村から入金された接種料金は、県医師会から後日、各医療機関宛に送金しますが、1件につき50円の事務手数料を徴収いたしますのでお含みおきください。  
(お届け頂いている口座に変更がある場合は、お知らせください。)  
※接種料入金後は、必ず振込通知書を送付いたしますので、通知書にてご確認ください。
7. その他、ご不明な点については、各市町村又は県医師会地域保健課 (TEL:099-254-8121) にご照会ください。