

《 高齢者インフルエンザ予防接種相互乗り入れ 留意事項 》

- インフルエンザ予防接種相互乗り入れの公費助成対象者は、下記のとおりです。
 - 65歳以上の方
 - 60歳～64歳で、心臓や腎臓、呼吸器の機能に障がいがあり、身の回りの生活を極度に制限される方
 - 60歳～64歳で、ヒト免疫不全ウイルスによる免疫の機能に障がいがあり日常生活がほとんど不可能な方

※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。
対象者がどうか不明な場合は、各市町村へご確認ください。
- 相互乗り入れは、対象者が居住している市町村以外に在る医療機関で接種した場合に、対象者が居住している市町村に請求するための事業です。原則として、医療機関の在る市町村に居住している被接種者分は、本事業を利用し請求することはできません。
- 市町村ごとに接種期間や公費助成額、自己負担額等が定められています。被接種者が居住する市町村の取扱いを必ずご確認ください。実施してください。
 - 期間外の接種は、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』と記載されている場合、医療機関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。
- 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1か月分を市町村ごとに取り纏めのうえ、一括して送付してください。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、期限内に必ずご提出ください。
- 実施報告書ならびに予診票の原本を添付してご提出ください。
- 市町村から入金された接種料金は、後日、県医師会から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。)
※入金後は、必ず振込通知書を送付いたしますのでご確認をお願いします。
- ご不明な点がございましたら、各市町村または県医師会地域保健課へ照会ください。