

高齢者肺炎球菌予防接種の全額助成

●費用 無料（指定医療機関で接種した場合のみ）

●期間 4月1日(水)～3月31日(水)

●対象

過去に高齢者肺炎球菌予防接種を受けたことのない方で、下記に該当する方

① 定期予防接種の方（予防接種法に基づき行う予防接種）

ア 期間中に次の年齢になる方（4月下旬に予診票を送付します）

| 年齢 | 生年月日 | 年齢 | 生年月日 |
|-----|-------------------|------|-------------------|
| 65歳 | S 30.4.2～S 31.4.1 | 85歳 | S 10.4.2～S 11.4.1 |
| 70歳 | S 25.4.2～S 26.4.1 | 90歳 | S 5.4.2～S 6.4.1 |
| 75歳 | S 20.4.2～S 21.4.1 | 95歳 | T 14.4.2～T 15.4.1 |
| 80歳 | S 15.4.2～S 16.4.1 | 100歳 | T 9.4.2～T 10.4.1 |

イ 接種日に60歳以上65歳未満で、心臓や腎臓、呼吸器などに重い病気（身体障害者手帳1級）がある方

※事前に保健福祉課で対象者証明書の発行手続きが必要です。

② 任意予防接種の方（本人の判断により行う予防接種）

①以外の接種日時点で65歳以上の方。事前にご連絡ください。

●持ち物 予診票、健康保険証

予診票をお持ちでない方は発行しますので、事前にご連絡ください。

●指定医療機関 事前の予約が必要です。



過去に接種歴がある方は、助成の対象外のため、予診票を送付しません。

| 場所 | 医療機関名 | 電話番号 | 対象者 | |
|----|----------------|---------|-----|----|
| | | | 定期 | 任意 |
| 町内 | 花月クリニック | 74-2021 | ○ | ○ |
| | 空知中央病院 | 76-4111 | ○ | ○ |
| 滝川 | 石田クリニック | 24-2125 | ○ | ○ |
| | えべおつファミリークリニック | 75-5500 | ○ | ○ |
| | おおい内科循環器クリニック | 23-8880 | ○ | × |
| | 男澤医院 | 23-3183 | ○ | ○ |
| | 神部クリニック | 22-2021 | ○ | ○ |
| | 久保会医院 | 22-3363 | ○ | ○ |
| | こしお整形外科クリニック | 26-1154 | ○ | ○ |
| | 佐藤医院 | 23-3255 | ○ | ○ |
| | 佐藤病院 | 24-0111 | ○ | ○ |
| | 鈴木内科クリニック | 23-2753 | ○ | ○ |
| | 滝川市立病院 | 22-4311 | ○ | ○ |
| | 滝川中央病院 | 22-4344 | ○ | ○ |

| 場所 | 医療機関名 | 電話番号 | 対象者 | |
|----|------------------------|---------|-----|----|
| | | | 定期 | 任意 |
| 滝川 | 滝川脳神経外科病院 (入院中の方のみ) | 22-0250 | ○ | × |
| | 武田医院 | 23-2039 | ○ | ○ |
| | どうちん内科消化器科 | 23-1818 | ○ | × |
| | 脳神経よしだクリニック | 26-2600 | ○ | ○ |
| | 文屋内科消化器科医院 | 23-5195 | ○ | ○ |
| 砂川 | 若葉台病院 | 75-2266 | ○ | ○ |
| | いとう内科・循環器科 クリニック | 55-3355 | ○ | × |
| | 砂川慈恵会病院 | 54-2300 | ○ | ○ |
| | 砂川市立病院 (内科に通院の方のみ) | 54-2131 | ○ | ○ |
| | 細谷医院 | 52-3057 | ○ | × |
| | 明円医院 | 53-2100 | ○ | ○ |
| 雨竜 | 村山内科医院 | 54-0888 | ○ | ○ |
| | 新雨竜第一病院 | 77-2121 | ○ | ○ |

不妊治療費助成事業のご案内

不妊治療を受けている方の経済的負担の軽減を目的に、不妊治療費助成事業を実施しています。詳しい内容については、担当までお気軽にご相談ください。

| 区分 | 一般不妊治療 | 特定不妊治療 |
|----------|--|---|
| 対象となる治療等 | <p>次の治療で、医師が不妊治療と認めたもの (医療機関が発行する証明書を提出していただきます)</p> <p>○保険適用の不妊治療・検査 (タイミング法、ホルモン療法、その他の検査及び治療)</p> <p>○人工授精 ※治療証明書の取得に必要な文書料も助成の対象となります。</p> | <p>①北海道の特定不妊治療費助成の決定を受けた特定不妊治療 (体外受精・顕微授精)</p> <p>②男性不妊治療 (精子採取に関する手術療法) ※①の一環として行う治療のみが対象となります。</p> |
| 助成額 | 1月～12月の1年間の自己負担額の合計(上限20万円) | 北海道からの助成額を除いた1回の自己負担額(上限10万円) |
| 助成回数の限度 | 43歳に達するまで6回 (1回=1～12月の1カ年) | <ul style="list-style-type: none"> 治療開始日の妻の年齢が40歳未満 →43歳に達するまで6回 治療開始日の妻の年齢が40歳以上43歳未満 →43歳に達するまで3回 |
| 申請期限 | 令和3年3月31日(水) (関係書類等の取り寄せがありますので、治療終了後、早めにお問い合わせください。) | |
| 助成対象者の要件 | <ul style="list-style-type: none"> ●治療開始日に婚姻している夫婦であること ●申請日において夫婦のいずれもが新十津川町に住所を有し、かつ、助成金の交付申請をする日まで引き続き1年以上居住していること ●申請日の前年の夫婦の所得の合計額が730万円未満であること ●医療保険に加入していること ●町税を滞納していないこと ●治療開始日の妻の年齢が43歳未満であること | |

本町の特定不妊治療費の助成を受けるには、北海道の助成決定を受けていることが必要です。

問合せ 保健福祉課健康推進グループ ☎72-2000

【北海道特定不妊治療費助成事業】

| | |
|---------|--|
| 対象となる治療 | 体外受精及び顕微授精並びにそれらの一環として行う男性不妊治療 |
| 助成額 | <ul style="list-style-type: none"> ●採卵を伴う治療 1回につき15万円(初回30万円)を上限 ●過去に凍結した胚を用いる治療 1回につき7万5000円を上限 ●男性不妊治療 1回につき15万円を上限 |
| 対象者 | <ul style="list-style-type: none"> ●夫婦のいずれか一方が道内に住所を有すること ●法律上の婚姻をしていること ●知事が指定した医療機関で治療したこと ●夫婦の前年の所得(合計額)が730万円未満であること |

問合せ 滝川保健所 ☎24-6201