

旭川市報道依頼

各報道機関 様

発表日	令和3年9月30日
発信課	旭川市保健所健康推進課
担当者	高橋
連絡先	電 話 0166-25-9848
	F A X 0166-26-7733
	E-mail kenkousuisin@city.asahikawa.lg.jp

分 類	イベント・行事 募集 契約・入札 会議・説明会 <u>その他</u> (該当する分類を囲むこと。)
日 程	令和3年10月1日 ～令和4年1月31日
発表項目 (行事名)	令和3年度高齢者等インフルエンザ予防接種を実施します
概 要 (趣旨・日時・ 場所・内容等を 記入すること。)	1 対象者 旭川市に住民登録されている方で、次の(1)、(2)のいずれかに該当し、接種を希望する方 (1) 接種当日に65歳以上の方 (2) 接種当日に60歳以上65歳未満で、心臓・腎臓・呼吸器・ヒト免疫不全ウイルスによる免疫機能、これらのいずれかの障害として、障害等級1級相当の障害を有する方 2 実施期間 令和3年10月1日(金曜日)から令和4年1月31日まで(月曜日) ※希望される方はインフルエンザの流行に備えて、早めに接種しましょう。 3 接種対象回数 実施期間中1回のみ 4 接種料金 自己負担金1,510円(市民税非課税世帯員、生活保護受給世帯員は自己負担金免除)。 5 接種場所 市内約170か所の医療機関
添付資料	<u>有</u> ・ 無 「令和3年度高齢者等インフルエンザ予防接種のお知らせ」(A4・2枚) 「インフルエンザ予防接種 実施医療機関一覧」(A4・1枚)
報道(取材)に当たってのお願い	
備 考	報道発表日は令和3年9月30日でお願いします。

令和3年度

高齢者等インフルエンザ予防接種のお知らせ

旭川市では、予防接種法に基づき、10月1日(金)から65歳以上の高齢者の方などを対象にインフルエンザ予防接種費用の一部を助成します。希望される方は、インフルエンザの流行に備えて、できるだけ早めに接種を受けましょう。

1 対象者



接種当日、旭川市に住民票があり、

(1)、(2)のいずれかに該当し、接種を希望する方

- (1) 接種当日に**65歳以上**の方
- (2) 接種当日に**60歳以上65歳未満**で、
心臓・腎臓・呼吸器・ヒト免疫不全ウイルス
による免疫機能のいずれかに障害等級1級
相当の障害がある方

※(1)(2)に該当しない方は本予防接種の対象外であり、費用は全額自己負担です。

2 実施期間

令和3年10月1日(金)
～同4年1月31日(月)

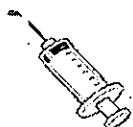
3 実施場所

掲載されている医療機関

※掲載されている医療機関以外で接種した場合は、

本予防接種の対象外であり、費用は全額自己負担です。

※実施日時や予約の要・不要などについて、事前に
各医療機関にお問い合わせください。



4 接種料金(自己負担金)

1,510円

※生活保護受給世帯、または市民税非課税世帯の
世帯員の方は免除。

※接種後に自己負担金を払戻すことはできません。

5 接種回数

実施期間中1回

※2回目以降は本予防接種の対象外であり、その分の
費用は全額自己負担です。

6 持ち物

- 接種当日**65歳以上**の方
健康保険証や運転免許証など、本人及び住民登録
上の住所・年齢等を確認できるもの
- 60歳以上65歳未満**で対象の方
身体障害者手帳
- 自己負担金が免除になる方**
「8 自己負担金が免除になる方の証明につ
いて」を参照。
※接種の際に「証明に必要なもの」の提示がなけれ
ば免除になりません。

7 副反応について

次のような症状があらわれることがあります。

- 注射の後の腫れや痛み
- 発熱、寒気、頭痛、だるさ
- まれに、けいれん、運動障害や意識障害

※接種後、接種部位の異常な反応や体調の変化があった場合
は、速やかに医師の診察を受けてください。なお、本予防接
種によって重篤な副反応が発生し、因果関係があると厚生労
働大臣が認めた場合には、医療費及び医療手当等、予防接種
法による一定の給付を受けられる場合があります。

8 自己負担金が免除になる方の証明について

注意) 接種の際に、次の証明になるものの提示がない場合は免除になりません。提示せず費用を支払った場合、払い戻しはできません。

免除対象者

「1対象者」に該当する方で
生活保護受給世帯の世帯員

「1対象者」に該当する方で
市民税非課税世帯の世帯員

※世帯全員が非課税
でなければ対象となり
ません。

証明に必要なもの

保護手帳
(有効期間が令和4年4月30日までのもの)

①令和3年度介護保険料納入通知書 ※再発行不可
(65歳以上の方に介護保険課から7月に郵送しています。)
※ 「保険料の計算」頁の左下にある「保険料計算の内訳(あなたの保険料の内訳)」
部分の「世帯課税区分欄」が「非課税」と記載されているもの。

「お願い：この交付書は正確に記述しますのでお間違いなくください。」

令和3年度(令和3年度分)
介護保険料 納入通知書
(普通徴収)

旭川市長

次のとおり決定(変更)しましたので各給付期までに納めてください。

見本

詳しい保険内容は15頁をご覧ください。

定期保険料額

保 険 料		普通徴収の納期等	
月	特別徴収額 円	普通徴収額 円	期 別 納 期 日 給付期変更 年 月 日
4月			
5月			
6月			
7月			
8月			
9月			
10月			
11月			
12月			
1月			
2月			
3月			
計			
合計		円	

2月の保険料が年金からの引き
割り(特別徴収)の方は、4月、6
月、8月にも同額の保険料を引き
合います。(8月の保険料は変更
される場合があります。)

年間合計額 円

被保険者番号 氏名番号

問合せ先：健康推進課保健予防係 ☎25-9848

②後期高齢者医療限度額適用・標準負担額減額認定証
(有効期限が令和4年7月31日までのもの。)
※ 適用区分が「区分Ⅰ」または「区分Ⅱ」と記載されているもの
※ 後期高齢者医療制度に加入されている方が、必要に応じて申請した場合に、国民健康保険課から交付されるため、全ての方がお持ちのものではありません。

市民税非課税世帯の世帯員の方で上記の①または②をお持ちでない場合

「非課税世帯確認証」を発行します。(「1対象者」の(2)に該当する方で非課税世帯の世帯員の場合も、この証明の提出により接種料金の免除を受けられます。)

発行を受ける場所	保健所健康推進課保健予防係(第二庁舎3階)または各支所・東部まちづくりセンター 郵送・電話での請求はできません。お手数ですが窓口にお越しください。
持ち物	1 手続きに来られる方の本人確認書類 (マイナンバーカードや健康保険証など) 2 同じ世帯の方の印鑑 (スタンプ印は不可) ※委任状(手続きに来られる方が住民票上別世帯の場合) ※今年1月以降に転入してきた方は「 前住所地の課税証明書 」

問合せ先：保健所健康推進課保健予防係 旭川市7条通10丁目第二庁舎3階 ☎25-9848

