



各報道機関 様

KJ00518535

2025年9月30日

発信課	健康保健部保健所保健予防課
担当者	大竹口
連絡先	電 話 直通25-6237/内線2872
	F A X 26-7733
	E-mail hokenyobo@city.asahikawa.lg.jp

分 類	イベント・行事 <input type="checkbox"/> 募集 <input type="checkbox"/> 契約・入札 <input type="checkbox"/> 会議・説明会 <input type="checkbox"/> その他 <input type="checkbox"/>
日 程	令和7年10月1日 ~ 令和8年3月31日
発表項目 (行事名)	令和7年度高齢者等の定期予防接種（インフルエンザ及び新型コロナワクチン）のお知らせ
概 要 (趣旨・日時・ 場所・内容等を 記入すること。)	<p>内 容： 令和7年度の高齢者等の定期予防接種（インフルエンザワクチンと新型コロナワクチン）の実施について</p> <p>対象者： 旭川市内に住民票がある65歳以上の方又は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</p> <p>期 間： インフルエンザワクチン 令和7年10月1日（水）から令和8年1月31日（土）まで 新型コロナワクチン 令和7年10月1日（水）から令和8年3月31日（火）まで</p> <p>料 金： インフルエンザワクチン 1,510円 新型コロナワクチン 6,900円 ※生活保護受給世帯又は市民税非課税世帯の世帯員の方は免除</p> <p>注意事項： 接種券は発行されませんので、直接医療機関で接種を受けてください。</p>
添付資料	有 <input checked="" type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/>
報道（取材）に当たってのお願い	
備 考	

令和7年度 高齢者等の定期予防接種のお知らせ (インフルエンザワクチン・新型コロナワクチン)

旭川市では、予防接種法に基づき、10月1日から65歳以上の方などを対象にインフルエンザと新型コロナ感染症の予防接種費用の一部を助成します。希望される方は、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

・インフルエンザワクチン
令和7年10月1日(水)
～令和8年1月31日(土)

・新型コロナワクチン
令和7年10月1日(水)
～令和8年3月31日(火)

※医療機関によっては、実施時期が変更になる場合がありますのであらかじめ御了承ください。

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。
- ※登録医師による介護施設等での接種を除く。
- ・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（自己負担額）

・インフルエンザワクチン

1,510円

・新型コロナワクチン

6,900円

※生活保護受給世帯又は市民税非課税世帯の世帯員の方は免除（無料）になります。

※接種後に自己負担金を払い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

マイナンバーカードや医療資格確認書等の本人及び住民登録上の住所・年齢を確認できるもの

●**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。また、払戻しの対応はできませんので、必ず接種の際に御提示ください。

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。

**注意) 接種の際に、次の証明の提示がない場合は免除になりません。
また、払戻しはできませんので、必ず接種の際に提示してください。**

8 自己負担金が免除になる方の証明について

免除対象者	証明に必要なもの																																																																																															
「1対象者」に該当する方で 生活保護受給世帯の世帯員	保護手帳 (有効期間内のもの)																																																																																															
「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。	<p>① 令和7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。</p> <div style="border: 1px solid black; padding: 5px;"> <p><small>(お願い：この納付書は直接税務で処理しますので折り曲げたりしないでください。)</small></p> <p>令和7年度(令和7年度分) 介護保険料 納入通知書 (普通徴収)</p> <p style="text-align: center;">旭 川 市 長</p> <p>次のとおり決定・変更しましたので各納期までに納めてください。</p> <div style="display: flex; justify-content: space-around; align-items: center;"> <div style="border: 1px solid black; padding: 10px; text-align: center; width: 150px;">見本</div> <table border="1" style="font-size: 8px;"> <caption>期別保険料額</caption> <thead> <tr> <th rowspan="2">月</th> <th colspan="2">保 険 料</th> <th colspan="3">普通徴収の納期限等</th> </tr> <tr> <th>特別徴収額 円</th> <th>普通徴収額 円</th> <th>期 別</th> <th>納 期 限</th> <th>納期限変更 年 月 日</th> </tr> </thead> <tbody> <tr><td>4月</td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td>5月</td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td>6月</td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td>7月</td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td>8月</td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td>9月</td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td>10月</td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td>11月</td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td>12月</td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td>1月</td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td>2月</td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td>3月</td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td>計</td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td>合計</td><td></td><td>円</td><td></td><td></td><td></td></tr> </tbody> </table> <p style="font-size: 8px;">2月の保険料が年金からの引き去り(特別徴収)の方は、4月、6月、8月にも同額の保険料を引き去ります。(8月の保険料は変更される場合があります。)</p> <p style="text-align: right;">年間保険料額 円</p> <p>被保険者番号 宛名番号</p> <p style="font-size: 8px;">詳しい賦課内容は15頁をご覧ください。</p> </div> <p>問合せ先：保健予防課保健予防係 ☎25-6237</p> <p>② 後期高齢者医療資格確認書 (有効期限内のもの) ※ <u>任意記載事項「区分Ⅰ」または「区分Ⅱ」</u>と記載されているもの ※ 後期高齢者医療制度に加入しているマイナ保険証をお持ちの非課税世帯の方は、医療機関のオンライン資格確認システムで確認できれば自己負担額が免除となります。なお、カードリーダーのない医療機関では確認できません。</p> </div>	月	保 険 料		普通徴収の納期限等			特別徴収額 円	普通徴収額 円	期 別	納 期 限	納期限変更 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			
月	保 険 料		普通徴収の納期限等																																																																																													
	特別徴収額 円	普通徴収額 円	期 別	納 期 限	納期限変更 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																																																																																														

市民税非課税世帯の世帯員の方で上記の①又は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。)

発行場所	保健所保健予防課保健予防係 (総合庁舎4階) 又は 各支所・東部まちづくりセンター窓口 ※ 郵送及び電話での申請・発行はできません。 ※ ワクチン接種1回ごとに1枚回収しますので、必要数を渡します。
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医療資格確認書等) 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】 旭川市健康保健部保健所保健予防課保健予防係
旭川市7条通9丁目 総合庁舎4階 ☎25-6237

