

# 障害のある人のためのインフルエンザ予防接種の払い戻し制度をご希望の人へ

## 1. 対象者

福知山市に住民票がある64歳以下で下記の(1)～(3)に該当する人  
※ただし、60～64歳で、心臓、腎臓、呼吸器、ヒト免疫不全の障害で、身体障害者手帳1級をもっている人は除きます。(65歳以上の高齢者インフルエンザの対象となります。)

- (1) 身体障害者手帳1級をもっている人
- (2) 身体障害者手帳2級をもっている人
- (3) 療育手帳Aをもっている人

## 2. 制度の概要

福知山市が、委託契約をしている医療機関外で接種をした場合、費用をいったん全額支払い、その後、福知山市に申請することで費用が返ってくる制度です。(費用の上限あり)

## 3. 助成対象接種期間

令和4年10月17日(月)から令和5年1月31日(火)

## 4. 助成回数

年度内1回(ただし、1回目の接種日において13歳未満は2回)

## 5. 接種費用の助成金額

1回目:自己負担金から1,500円をひいた金額で限度 3,610円  
2回目:自己負担金から1,500円をひいた金額で限度 2,527円

ただし、下記の(ア)または(イ)に該当する人は

- (ア) 生活保護世帯
  - (イ) 市民税非課税世帯
- 1回目:限度5,110円  
2回目:限度4,027円

## 6. 申請に必要な書類

① インフルエンザ予防接種費用自己負担金償還払い申請書

② 領収書(原本)

※接種日、接種医療機関、インフルエンザ予防接種と記載があるもの、もしくは明細書

③ 予診票(写し可)

④ 印鑑(ゴム印やスタンプ印ではなく、朱肉を使用するもの)

⑤ 通帳(郵送の場合は、口座番号のわかるページのコピーを同封してください。)

※上記(ア)または(イ)に該当する人

⑥ インフルエンザ予防接種無料申請書

**※申請期限 令和5年3月31日(金)午後5時(時間厳守)**

ご不明な点がございましたら、下記までご連絡ください。

〒620-8501

京都府福知山市字内記(内記三丁目)13番地の1

福知山市健康医療課(福知山市役所 2階)

電話0773-23-2788 FAX0773-23-5998