

障害のある人のための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、ヒト免疫不全ウイルスによる免疫の障害で、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7年10月1日（水）から令和8年1月31日（土）

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 ※インフルエンザHAワクチンに限る）

5. 接種費用の助成金額

インフルエンザ HAワクチン	1回目：自己負担金から1,500円をひいた金額で限度	3,742円
	2回目：自己負担金から1,500円をひいた金額で限度	2,631円
経鼻弱毒生インフル エンザワクチン	自己負担から3,000円をひいた金額で限度	6,009円
新型コロスウイルス ワクチン	自己負担から7,500円をひいた金額で限度	8,192円

※ただし、市民税非課税世帯または生活保護世帯に該当する人は、

インフルエンザ HAワクチン	1回目：限度5,242円	2回目：限度4,131円
経鼻弱毒生インフル エンザワクチン	限度： 9,009円	
新型コロナウイルス ワクチン	限度： 15,692円	

6. 申請に必要な書類

①福知山市障害のある人のための予防接種費用自己負担金償還払い申請書

②領収書（原則写しのみ）

※接種日、接種医療機関、インフルエンザまたは新型コロナ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。）

※申請期限 令和8年3月31日（火）午後5時（時間厳守）

〒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

お問い合わせ先