

# 白老町高齢者肺炎球菌予防接種費助成のお知らせ (R6.4.10.更新)

## 1 対象

下記①～③のいずれかに該当し、令和6年4月1日から令和7年3月31日までの期間中に、町外医療機関にて接種した方。

①	65歳の方 (※対象者には4月中にハガキ送付)。
②	60歳～64歳で、心臓や腎臓、呼吸器の機能に障害があり、身の回りの生活を極度に制限される方
③	60歳～64歳で、ヒト免疫不全ウイルスによる免疫の機能の障害があり、日常生活がほとんど不可能な方

## 2 助成額及び支給方法

支払金額から3,000円の自己負担を引いた額(上限4,583円)を口座振込にて支給。

## 3 申請方法及び必要書類

- ①別紙 様式第4号(第5条関係)「B類予防接種費償還払申請書」  
※必要事項を記入の上、押印(捨印含め2か所)してください。  
②領収書(原本) ③振込先の通帳 ④健康保険証

**【郵送申請の場合】** ①申請用紙 ②領収書(原本) ③健康保険証(写し)  
④振込先通帳(口座番号と名義人のわかる部分の写し)を下記5申請先までご送付下さい。

## 4 申請期間 令和7年3月31日(月)まで

※令和7年3月に接種した場合は、令和7年4月30日(水)まで

## 5 申請先

〒059-0904 白老町東町4丁目6番7号 総合保健福祉センターいきいき4・6  
健康福祉課健康推進グループ 電話：0144-82-5541

## 委 任 状

年 月 日

白老町会計管理者 様

被接種者 住所 \_\_\_\_\_  
氏名 \_\_\_\_\_ (印)

私は、下記の者を代理人と定め、貴町から支払われる金員受領に関する一切の権限を委任します。

記

代理人 住所 \_\_\_\_\_  
氏名 \_\_\_\_\_ (印)

**※この委任状は、被接種者と口座名義人が異なる場合に必要です。**