

## 請求にあたっての留意点

### 1. 接種期間

**65歳の誕生日前日から66歳の誕生日前日**(対象者ごとに異なる)です。

※上記接種期間以外の接種はお支払いができません。

### 2. 請求書について

(1)請求は月毎にまとめ、翌月10日までに次の書類を添えて請求してください。

#### 1. 請求書

#### 2. 高齢者用肺炎球菌感染症予防接種 接種券・予診票

3. **高齢者等肺炎球菌感染症予防接種自己負担免除対象者確認書**※生活保護受給者のみ  
必要書類の記入漏れがありますと、支払いができません場合があります  
ので必ずご確認ください。

(2)請求書の送付先

〒409-3601 山梨県西八代郡市川三郷町市川大門 1790-3  
市川三郷町役場 いきいき健康課 健康増進係

### 3. 対象者について

定期接種の対象は、65歳の者及び60歳以上65歳未満の特例者です。(特例者については、予診票の右上に**特例**の朱印がしてあります。)

過去に23価肺炎球菌莢膜ポリサッカライドワクチン**又は肺炎球菌結合型ワクチン1回以上接種した方は**、定期接種の**対象外**となります。

### 4. 生活保護受給者について

(1)生活保護受給者については全額公費負担となります。

(2)生活保護受給者については、予診票の右上に **免除(生保)** という朱印がしてあります。

(3)生活保護受給者から**「高齢者等肺炎球菌感染症予防接種自己負担免除対象者確認書」**を必ず受け取ってください。(この確認書がないと生活保護受給者と認められません)

裏面に続きます→

## 5. 接種券・予診票について

- (1)接種券・予診票を紛失された方には、必ず、役場で再発行してもらってから接種するようご指導をお願いいたします。
- (2)本人が署名できない場合には、本人の名前を記入後、必ず代筆者の氏名、被接種者との続柄を記入してください。
- (3)接種券・予診票には、記入もれがないようにしてください。  
特に医師署名・被接種者署名は必ず記入してください。  
※なお、医師署名をゴム印等で記名した場合は医師の押印をしてください。
- (4)令和7年度中に接種券・予診票を送付した者(昭和35年4月2日～昭和36年4月2日生まれの者)については、接種券・予診票のワクチン名に「ニューモバックス」が記載されていますので、お手数でも二重線で見え消しをお願いします。

**【問い合わせ先】**

市川三郷町役場 いきいき健康課健康増進係

TEL 055-224-9010

FAX 055-272-1198