

予 防 接 種

65歳以上の方に高齢者  
インフルエンザ予防接  
種を実施します

高齢者インフルエンザ定  
期予防接種を次のとおり実  
施します。

個別通知はしませんので、  
接種を希望する方は、左表  
の市内医療機関で接種して  
ください。なお、市外の医  
療機関で接種を希望される  
方は、必ず事前に健康増進

課までご連絡ください。

■対象者

下野市内に住所があり

①接種日において満65歳以  
上の希望者

②接種日において満60歳〜  
64歳の方で「心臓・腎臓・  
呼吸器の機能」または「ヒ  
ト免疫不全ウイルスによ  
る免疫機能」に障がい  
を有する希望者（身体障が  
い者手帳1級程度）

※流行前の12月中旬までの  
月29日まで

10月1日から平成28年2  
月29日まで

接種期間

10月1日から平成28年2  
月29日まで

※流行前の12月中旬までの  
月29日まで

高齢者インフルエンザ及び肺炎球菌ワクチン医療機関一覧

	医療機関	電話番号
石橋地区	石橋総合病院	53-1134
	大栗内科	53-5850
	大柳内科・眼科	51-2400
	角田内科医院	53-5665
	グリムこどもクリニック	51-1515
	佐藤内科	53-1305
	島田クリニック	53-8000
	しもつけ腎・内科クリニック	32-6681
	都丸整形外科	52-1010
	新島内科クリニック	53-8820
	ふじたクリニック	51-2727
	藤原整形外科	52-0755
	ふれあい漢方内科	39-7047
	国分寺地区	海老原医院
岡田医院		44-0021
小金井中央病院		44-7000
国分寺さくらクリニック		40-0203
ことだ腎クリニック		44-8345
自治医大ステーション プレインクリニック		37-8721
しもつけ痛みのクリニック		40-0307
ちば整形外科クリニック		40-0811
宮澤クリニック		44-3309
山本整形外科医院		44-6820
南河内地区	あんずの森クリニック	32-6601
	カナザワアレレギークリニック	40-1337
	木村クリニック	44-8211
	グリーンタウンクリニック	44-8311
	しもつけクリニック	32-6331
	すずき内科・循環器科	40-1260
	ふじもとクリニック	44-3322
	南河内診療所	47-1070
	若草クリニック	40-0123

接種をお勧めします。

■接種回数 公費による接  
種は、1人年度内1回

■自己負担額 1,300  
円（接種時に医療機関へ直  
接お支払いください。）

■持参するもの  
・保険証 ・障がい者手帳  
（対象者②に該当する者）  
・生活保護受給資格者証（生  
活保護受給者の方）

■その他  
・事前に医療機関に電話予  
約をし、接種してください。  
・医療機関により接種開始  
時期が異なります。  
・予診票とインフルエンザ  
についての説明書は各医療  
機関にあります。

肺炎の最大の原因菌が肺  
炎球菌です。肺炎球菌は、  
現在、約80種類以上確認さ  
れていますが、肺炎球菌ワ  
クチンは、その内の23種類  
について免疫をつけること  
ができ、成人の肺炎球菌に  
よる感染症の80%をカバー  
することができます。

今年度の定期接種対象者

は次の方です。

■対象者

①生年月日が次の期間の方  
で、肺炎球菌ワクチンの接  
種を受けた事がない方。

・昭和25.4.2〜26.4.1生  
・昭和20.4.2〜21.4.1生  
・昭和15.4.2〜16.4.1生  
・昭和10.4.2〜11.4.1生  
・昭和5.4.2〜6.4.1生  
・大正14.4.2〜15.4.1生  
・大正9.4.2〜10.4.1生  
・大正4.4.2〜5.4.1生

②平成27年4月1日現在60  
歳以上65歳未満の方で、心  
臓、腎臓若しくは呼吸器の  
機能又はヒト免疫不全ウイ  
ルスによる免疫の機能に障  
害を有し、肺炎球菌ワクチ  
ンの接種を受けた事がない  
方。

※上記以外の方は、平成27  
年度は定期接種対象外（任  
意接種）となります。

■医療機関  
上の一覧をご覧ください。

■接種対象期間  
4月1日〜平成28年3月  
31日の間に接種してくださ  
い。

※期間を過ぎると任意接種  
扱いとなります。

※定期接種の機会は、一生

涯で一度です。5年ごとで  
はありませんのでご注意く  
ださい。

■費用

接種費用のうち3,500  
円を助成。

※医療機関では、接種料金  
と助成額の差額をお支払い  
ください。

■持参するもの  
①接種券  
※必ず、医療機関へお持ち  
ください。

②健康保険証等の年齢・住  
所を確認できるもの

■その他  
接種する際は、事前に左  
記市内医療機関にお申し込  
みください。

市外の医療機関で接種を  
希望される場合は、事前に  
必ず、健康増進課までご連  
絡ください。

接種する際は、事前に左  
記市内医療機関にお申し込  
みください。

市外の医療機関で接種を  
希望される場合は、事前に  
必ず、健康増進課までご連  
絡ください。

接種する際は、事前に左  
記市内医療機関にお申し込  
みください。

市外の医療機関で接種を  
希望される場合は、事前に  
必ず、健康増進課までご連  
絡ください。

接種する際は、事前に左  
記市内医療機関にお申し込  
みください。

市外の医療機関で接種を  
希望される場合は、事前に  
必ず、健康増進課までご連  
絡ください。

接種する際は、事前に左  
記市内医療機関にお申し込  
みください。

市外の医療機関で接種を  
希望される場合は、事前に  
必ず、健康増進課までご連  
絡ください。

接種する際は、事前に左  
記市内医療機関にお申し込  
みください。

市外の医療機関で接種を  
希望される場合は、事前に  
必ず、健康増進課までご連  
絡ください。

接種する際は、事前に左  
記市内医療機関にお申し込  
みください。

市外の医療機関で接種を  
希望される場合は、事前に  
必ず、健康増進課までご連  
絡ください。

接種する際は、事前に左  
記市内医療機関にお申し込  
みください。

市外の医療機関で接種を  
希望される場合は、事前に  
必ず、健康増進課までご連  
絡ください。

