

# 高齢者肺炎球菌・高齢者インフルエンザ 予防接種（定期接種）のお知らせ

## 1 高齢者肺炎球菌予防接種について（通年（令和5年4月～令和6年3月）で実施）

今回の高齢者肺炎球菌予防接種の対象者が費用助成を受けられるのは今年度のみです。  
今年度で国の経過措置に基づく5歳ごとの助成制度は終了いたします。令和6年度からは65歳の方のみ助成対象となる予定です。

※対象者：次の①と②にどちらも当てはまる方

- ①仙台市に住民票があり、過去に23価肺炎球菌ワクチンの接種を受けたことがない方
- ②下表の（ア）、（イ）のいずれかに該当する方

|     |  |
|-----|--|
| 対象者 | （ア）令和5年度末（令和6年3月31日）までに次の年齢になる方 <ul style="list-style-type: none"><li>・ 65歳（昭和33年4月2日～昭和34年4月1日生まれ）</li><li>・ 70歳（昭和28年4月2日～昭和29年4月1日生まれ）</li><li>・ 75歳（昭和23年4月2日～昭和24年4月1日生まれ）</li><li>・ 80歳（昭和18年4月2日～昭和19年4月1日生まれ）</li><li>・ 85歳（昭和13年4月2日～昭和14年4月1日生まれ）</li><li>・ 90歳（昭和8年4月2日～昭和9年4月1日生まれ）</li><li>・ 95歳（昭和3年4月2日～昭和4年4月1日生まれ）</li><li>・ 100歳（大正12年4月2日～大正13年4月1日生まれ）</li></ul> |
|     | （イ）60歳～65歳未満で、心臓機能等に障害のある方<br>（身体障害者手帳1級相当程度）  |

## 2 高齢者インフルエンザ予防接種について（10月～12月に実施（予定））

|     |  |
|-----|--|
| 対象者 | （1）仙台市に住民票があり、接種日に65歳以上の方                                  |
|     | （2）仙台市に住民票があり、接種日に60歳～65歳未満の方で、心臓機能等に障害のある方（身体障害者手帳1級相当程度） |

## 3 自己負担金について

| 種類      | 介護保険料の所得段階                      |                       |
|---------|---------------------------------|-----------------------|
|         | 1～4段階<br>（市民税非課税世帯の方）           | 5～13段階<br>（市民税課税世帯の方） |
| 肺炎球菌    | 無 料                             | 5,000 円               |
| インフルエンザ | ※同封の通知書が必要です。<br>詳しくは裏面をご覧ください。 | 1,500 円（予定）           |

## 4 その他

痰のからむ咳が2週間以上続いている、または微熱・だるさが2週間以上続く場合は、結核の可能性がありますので、早めに医療機関を受診しましょう。

予防接種についてのお問い合わせは、お住まいの区の区役所・総合支所へ

|                |          |                |          |
|----------------|----------|----------------|----------|
| 青葉区家庭健康課       | 225-7211 | 太白区家庭健康課       | 247-1111 |
| 青葉区宮城総合支所保健福祉課 | 392-2111 | 太白区秋保総合支所保健福祉課 | 399-2111 |
| 宮城野区家庭健康課      | 291-2111 | 泉区家庭健康課        | 372-3111 |
| 若林区家庭健康課       | 282-1111 | 仙台市総合コールセンター   | 398-4894 |

◆このチラシの発行元：健康福祉局感染症対策室 TEL 214-8452◆

介護保険料の所得段階が1～4段階（市民税非課税世帯）の方は、同封の「介護保険料決定（変更）通知書兼納入通知書」の1枚目と3枚目を、接種当日に登録医療機関に提示してください。

【同封の通知書と照らし合わせてご確認ください】

「介護保険料決定（変更）通知書兼納入通知書」3枚目

令和 5 年度 介護保険料 明細

これは見本です

(1) 年額保険料について

あなたの今年度の  
所得段階は 第 段階です。

加入月数は  
年額保険料は

ここに記載されている所得段階が  
1～4段階の方が自己負担金免除  
の対象者です。

※ 4月に「介護保険料決定通知書」でお知らせした各月の保険料額は、以下のとおりです。

(単位：円)

|            | 4 月 | 5 月 | 6 月 | 7 月 | 8 月 | 9 月 | 10 月 | 11 月 | 12 月 | 1 月 | 2 月 | 3 月 |
|------------|-----|-----|-----|-----|-----|-----|------|------|------|-----|-----|-----|
| 特 別<br>徴収額 |     |     |     |     |     |     |      |      |      |     |     |     |
| 普 通<br>徴収額 |     |     |     |     |     |     |      |      |      |     |     |     |

介護保険料の納付方法（特別徴収と普通徴収）につきましては裏面をご覧ください。

3

介護保険料決定通知書は大切に保管してください

- ・ 予防接種を無料で受けることを目的とした介護保険料決定通知書の再交付はしていません。
- ・ 介護保険料決定通知書を紛失された際に、無料での接種を希望される場合は、仙台市への事前申請による「確認通知書」が必要になります。詳しくは表面のお問い合わせ先から、お住まいの区の区役所（家庭健康課）または総合支所（保健福祉課）へご連絡ください。