

このお知らせは接種対象者である証明になります。必ず医療機関へお持ちください。

令和7年 月 日

各 位

田子町長 山 本 晴 美  
(公印省略)

## 带状疱疹ワクチン定期接種のお知らせ

今年度から、予防接種法に基づき、带状疱疹の予防接種が新たに定期予防接種に加わりました。田子町では带状疱疹と合併症の予防を目的として、ワクチン接種費用の一部を助成します。対象者、助成額は下記のとおりとなります。なおこの予防接種は、ご本人の意思に基づいて受ける予防接種です。医師から十分に説明を聞き、理解したうえで接種を判断してください。

### 【対象となる方】

①下記の生年月日に該当する方。

対象の年齢	生 年 月 日
65歳	昭和35年4月2日生～昭和36年4月1日生
70歳	昭和30年4月2日生～昭和31年4月1日生
75歳	昭和25年4月2日生～昭和26年4月1日生
80歳	昭和20年4月2日生～昭和21年4月1日生
85歳	昭和15年4月2日生～昭和16年4月1日生
90歳	昭和10年4月2日生～昭和11年4月1日生
95歳	昭和5年4月2日生～昭和6年4月1日生
100歳	大正14年4月2日生～大正15年4月1日生
101歳以上	大正14年4月1日以前に生まれた方

②60歳から64歳までの方のうち、ヒト免疫不全ウイルスにより免疫の機能に日常生活がほとんど不可能な程度の障害を有する方（身体障害者手帳1級程度）

### 【助成額】

接種1回につき  
接種費用の2分の1

(100円未満の端数切り捨て)

※裏面をご覧ください

※ 助成は生涯に1回だけです。  
接種を希望する方はこの機会を  
逃すことがないようにご注意ください。

### 【接種期間】

令和7年7月1日から  
令和8年3月31日まで

※組換えワクチンを接種する方は  
2回目の接種も令和8年3月31日  
までに完了してください。1回目  
から2か月以上の間隔をあける  
必要がありますので、1回目を令和7年12月中に接種することをお勧めします。

### ～ 带状疱疹を予防するために大切なこと ～

- ・免疫機能を低下させる、疲労やストレスのない規則正しい生活を送りましょう
  - ・バランスの良い食事と適度な運動、質の良い睡眠をとれるよう心がけましょう
  - ・予防接種を受けましょう
- 『自分の健康は、自分で守ろう。』

裏面あり

## 带状疱疹ワクチン接種への助成について

### 【助成対象者】

田子町に住所があり、表面の①もしくは②に該当する方に限り今年度の対象となります。

### 【助成金の内容】

ワクチンの種類により、下記のとおり助成額が異なります。

ワクチンの種類	生ワクチン	組換えワクチン
助 成 額	接種費用の2分の1 (100円未満の端数切り捨て)	接種費用の2分の1 (100円未満の端数切り捨て)
助成回数	1人1回まで	1人2回まで

### ◎ ワクチン接種は、指定医療機関で行いましょう

指定医療機関（下記参照）でワクチン接種をする場合、個人負担分を支払うだけですみます。

申請（払い戻し）手続きが要らないのでとても便利です。

### 《 指定医療機関一覧 》 予約は指定医療機関に直接ご連絡ください。

※町外の医療機関へは「田子町の者です」とお伝えください。

指定医療機関名	予約	備 考
田子診療所 電話：0179-32-3171	必要	お電話か、病院の窓口でご予約ください。（1週間前まで）
福原胃腸科外科医院 電話：0179-32-2338	必要	お電話でご予約ください。（3日前まで）
三戸中央病院 電話：0179-20-1131	必要	お電話でご予約ください。（1週間前まで）
南部病院 電話：0179-34-3131	必要	お電話か、病院の窓口でご予約ください。（1週間前まで）
スワンクリニック 電話：0179-23-0805	必要	お電話は午後2時から5時まで、または病院の窓口でご予約ください。（1日前まで）
はらだクリニック 電話：0178-60-1661	必要	お電話か、病院の窓口でご予約ください。（1週間前まで）

◎ 予診票は医療機関で配布します。本人が記入できない場合は、ご家族などが本人に聞き取りの上ご記入ください。また、組換えワクチンの場合、2回目の接種は必ず1回目と同じ医療機関で接種してください。

### ◇ 指定医療機関以外でワクチン接種したときは、払い戻しの手続きが必要です ◇

都合により、指定医療機関以外でワクチン接種をした場合は、その費用の全額を医療機関に支払ったのち、必要書類等を添えて**3月末日**までに払い戻しの申請をして下さい。

なお、申請窓口書類等をご持参いただければ、当方でコピーいたします。

① 支払領収書 ② 接種済書または予診票の写し ③ 印鑑（みとめ印）

④ 預金通帳の表紙と次のページの写し ※郵送による申請手続き希望の場合は直接お電話ください

※定期予防接種対象の方で令和7年4月に入り带状疱疹ワクチンを接種した方は、助成金の申請により自己負担金の一部を助成しますので、下記までお問い合わせください。

お問合せ **せせらぎの郷・地域包括支援課（山本） ☎ 0179-20-7100**

表面あり