

## 「予防接種依頼書」の交付を受けた方へ

「予防接種依頼書」により、入所先施設や入院先等で予防接種を受け、接種費用を負担した場合、区が接種費用の一部または全額を助成します。

### ■ 助成対象となる場合

「予防接種依頼書」により、入所先施設や入院先で定期予防接種を受け、接種費用を負担した場合  
※予防接種依頼書に記載されている依頼期間外に接種を受けた場合は助成対象外となります。ご注意ください。

### ■ 助成金額

高齢者インフルエンザ…**実費相当額。(ただし下記助成上限額まで)**

高齢者肺炎球菌 …**実費相当額から1,500円を差し引いた金額。(ただし、下記助成上限額まで)**  
※生活保護受給者等は実費相当額(ただし下記助成上限額まで)

### 助成上限額

(品川区が委託医療機関と契約している額)

※接種日によって助成額が異なりますのでご注意ください

		令和6年5月31日以前の接種	令和6年6月1日以降の接種			令和6年5月31日以前の接種	令和6年6月1日以降の接種
高齢者 インフル エンザ		5,375	5,441	高齢者 肺炎球 菌	一般 (自己負担1,500円)	6,959	7,025
					生活保護 受給者等 (自己負担なし)	8,459	8,525

### 【予防接種費助成申請】

(予防接種を受けた後)

#### 1. 必要書類(3点)

- ① **品川区定期予防接種費(高齢者)助成申請書**(同封書類)
- ② **領収書** ※領収印のないもの、請求書は不可
- ③ **予防接種予診票の本人控え** または **「予防接種済証明」**

#### 2. 申請方法

本人またはご家族の方などが、上記の必要書類を提出してください。

##### 【窓口提出の場合】

- ①品川区保健所保健予防課(品川区役所7F) 品川区広町2-1-36
- ②品川保健センター 品川区北品川3-11-22
- ③大井保健センター 品川区大井2-27-20
- ④荏原保健センター 品川区西五反田6-6-6  
午前8時30分から午後5時まで(土曜、日曜、祝日、年末年始除く)

##### 【郵送の場合】

〒140-8715 品川区広町2-1-36

品川区保健所保健予防課 予防接種担当 へご郵送ください。

- ・口座番号等の申請内容に誤りがあると、振り込むことができない場合があります。
- ・郵便物が届かない場合の責任は負いかねます。郵送事故等による書類紛失を防止するため、簡易書留やレターパック等、配達記録が残る方法として下さい。

#### 3. 申請期限

接種を受けた日から**1年以内**(期限を超えた場合は助成を受けることができません)

【問合せ先】品川区保健所保健予防課 TEL03-5742-9152

裏面に記入例があります