

## 小児インフルエンザ予防接種料助成

- 対象者 1歳～中学3年生（接種日において岐南町に住民登録のある方）
- 接種期間 毎年10月～12月末
- 助成額 1回につき1,000円（接種料が1,000円より低い場合は接種料）
- 助成回数 1人2回まで
- 助成方法 ①指定医療機関で接種する場合

医療機関で申請書を記入し、助成額を差し引いた額を自己負担金として医療機関窓口でお支払いください。必要な持ち物は、印鑑、健康保険証、母子健康手帳、福祉医療費受給者証です。接種後、役場への申請は不要です。

### ②指定医療機関以外で接種する場合

医療機関で接種料を全額お支払い後、役場窓口へ申請してください。必要な持ち物は、インフルエンザ予防接種を接種したことがわかる領収書、印鑑、母子健康手帳、口座番号のわかるものです。申請期限は、医療機関にかかった年度に属する3月末日までです。



●問い合わせ窓口 ● 健康推進課 ☎ 247-1321 (直通)

## 中学生ピロリ菌検査費用等助成

将来的な胃がん等の予防のために、中学2年生を対象に、ピロリ菌検査および除菌療法の費用を助成します。

- 対象者 岐南町に住民登録があり、当該年度において満14歳に到達する中学2年生のうち希望者
- 実施機関 原則として羽島郡内の指定医療機関
- 助成内容 ①尿中抗体検査（一次検査） 上限 6,000円  
②尿素呼気検査（二次検査） 上限 10,000円（一次検査陽性判定者のみ）  
③除菌薬服薬による療法 上限 20,000円（二次検査陽性判定者のみ）  
尿素呼気検査（除菌確認検査）
- 助成方法 医療機関でピロリ菌検査等費用を一旦お支払いの後、役場窓口申請書類等を提出してください。
  - ・ピロリ菌検査及び除菌治療費助成申請書
  - ・印鑑
  - ・ピロリ菌検査等の結果票（受けられた検査・療法のすべての結果が判明するもの）
  - ・医療機関の領収書（原本）
  - ・口座番号のわかるもの
- 申請期限 満14歳に到達する年度の3月末日までに検査または治療を終了し、同年4月10日までに提出してください。



●問い合わせ窓口 ● 健康推進課 ☎ 247-1321 (直通)

## 病児・病後児保育(再掲)

詳しくは、16～17ページをご覧ください。