

# ごかの お知らせ

No.547

役場の代表電話は☎(84)1111です

## i お知らせ

### 成人用肺炎球菌ワクチン (23価肺炎球菌莢膜ポリ サッカライドワクチン)接種 の公費助成を実施します

次のとおり公費による助成を  
実施します。

#### ○肺炎球菌について

肺炎の原因となる菌ですが、  
慢性気道感染症、中耳炎、副  
鼻腔炎、敗血症等を起こすこ  
とがあります。

成人者の肺炎の25〜40%は、  
この菌が原因で、高齢者や慢  
性疾患をお持ちの方は重篤化  
するおそれがあります。

#### ○接種回数 1回

#### ○対象者

- ①令和3年度に各年齢になる方
- |      |            |
|------|------------|
| 65歳  | 昭和31年4月2日生 |
| 70歳  | 昭和32年4月1日生 |
| 75歳  | 昭和26年4月2日生 |
| 80歳  | 昭和27年4月1日生 |
| 85歳  | 昭和21年4月2日生 |
| 90歳  | 昭和22年4月1日生 |
| 95歳  | 昭和16年4月2日生 |
| 100歳 | 昭和17年4月1日生 |
|      | 昭和11年4月2日生 |
|      | 昭和12年4月1日生 |
|      | 昭和6年4月2日生  |
|      | 昭和7年4月1日生  |
|      | 大正15年4月2日生 |
|      | 昭和2年4月1日生  |
|      | 大正10年4月2日生 |
|      | 大正11年4月1日生 |

②60歳以上65歳未満の方で、  
心臓、腎臓または呼吸器の機  
能、若しくは、ヒト免疫不全  
ウイルスによる免疫の機能に  
障害を有する方

※今までに肺炎球菌ワクチン  
(23価肺炎球菌莢膜ポリサッ  
カライドワクチン)の接種を  
受けたことがある方は、対象  
外です。

#### ○助成金額

3,000円  
(1人につき生涯1回限り)

#### ○接種医療機関について

県内の委託医療機関(茨城県  
医師会に所属)での個別接種

となります。

※県外や委託医療機関以外で接  
種をした場合は、助成金の申  
請が必要です。接種前に確認  
してください。

#### ○接種期間

令和3年4月1日〜  
令和4年3月31日

#### ○予診票について

助成対象の方には、4月上旬  
に予診票を郵送します。

#### ○お問い合わせ

健康福祉課 健康支援室  
☎(84)0006(直通)

### 骨髄移植ドナー助成金 を交付します

骨髄・末梢血管細胞の移植及  
びドナー登録の推進を図ること  
を目的に、(公財)日本骨髄バ  
ンクが実施する骨髄バンク事業  
において骨髄等を提供した方に  
助成金を交付します。

#### ○助成対象者

次の全ての要件を満たす方  
・町内に住所を有する方

- ・骨髄等の提供を行い(公財)  
日本骨髄バンクが発行する証  
明書の交付を受けた方
- ・骨髄等の提供に関し、他の助  
成を受けていない方
- ・勤務している方は、勤務先に  
ドナー休暇制度がない方

・町税の滞納がない方

#### ○助成内容

- ・健康診断のための通院
- ・自己血貯血のための通院
- ・骨髄等の採取のための入院
- ・骨髄等の提供に関する説明ま  
たは同意の確認のための面接
- ・その他骨髄等の提供に関し、  
バンクが必要と認める通院等

#### ○助成金額

1日につき2万円  
※1回の提供につき、14万円を  
上限とします

#### ○申請期間

骨髄提供が完了した日から90日  
以内

#### ○持参するもの

- ・(公財)日本骨髄バンクが発  
行する証明書の写し
- ・通院等に要した日数が確認で  
きる書類
- ・健康保険証の写し
- ・認印
- ・本人名義の通帳

#### ○申請場所

役場⑤番窓口

#### ○お問い合わせ

健康福祉課 健康支援室  
☎(84)0006(直通)