

令和5年度成人用肺炎球菌ワクチン定期予防接種対象年齢

対象年齢番号

下記の表をご確認のうえ、該当する番号を記載して下さい。（ ）

番号	対 象 者
1	昭和33年4月2日生～昭和34年4月1日生の方
2	昭和28年4月2日生～昭和29年4月1日生の方
3	昭和23年4月2日生～昭和24年4月1日生の方
4	昭和18年4月2日生～昭和19年4月1日生の方
5	昭和13年4月2日生～昭和14年4月1日生の方
6	昭和 8年4月2日生～昭和 9年4月1日生の方
7	昭和 3年4月2日生～昭和 4年4月1日生の方
8	大正12年4月2日生～大正13年4月1日生の方
9	60～64歳の方で、予防接種法に掲げる障害のある方 （心臓、腎臓、又は呼吸器の障害があり、日常生活が極度に制限される方、及び、ヒト免疫不全ウイルスにより免疫の機能に障害があり日常生活がほとんど不可能な方（身体障害者手帳1級程度）） ※該当する場合は身体障害者手帳の写しを予診票に添付すること。

* 上記表の対象者であり、生活保護の方は一部自己負担なし。

* 上記表の対象者であり、一般の方は一部自己負担あり（2,850円）

* 上記表の対象年齢外の方、県外の住民の方、及びこの予防接種を接種したことのある方（※1）は対象外です。

（※1）・平成30年度に定期予防接種でワクチンを接種済みの方

・任意接種歴のある方