

## 総合健診 申込必要



各種の健診や検診が一度に受けられるもので、申込時に希望項目を選べます。集合時間は申込締切後に郵送でお知らせします。(すべて午前中で終了予定)勤務先などで受診機会がある方や今年度すでに受診済みの方はご遠慮ください。

健診日	申込期間 ※定員に達し次第締め切ります。	実施場所	健診(検診)項目	対象者	健診(検診)料*3	各日の定員
9月 3日(月)	8月3日(金)~24日(金)	保健福祉センター	肺がん検診	40~64歳	200円	80名
9月 4日(火)			肺がん・結核検診	65歳~	無料	
9月30日(日)	8月27日(月)~9月14日(金)		胃がん検診*1 (胃部エックス線検査)	40歳~	900円	70名
10月 1日(月)			大腸がん検診	40歳~	400円	100名
			子宮頸がん検診	20歳~	600円	60名
			健康診査*2	40歳~	医療保険者により異なります	80名
		歯科健診	40歳~	無料	40名	

※1 胃がん検診では、次のような症状のある場合、専門の医療機関での受診をお勧めします。

- ・胃腸の運動機能が低下している方(強い便秘症の方など)
- ・胃腸の病気がある方(胃腸手術歴のある方など)
- ・よくむせる、飲み込みが悪いなどの症状がある方(過去にバリウムが気管に入った方)

※2 健康診査の受診には、加入している医療保険者発行の受診券(特定健康診査受診券・健康診査受診券)が必要です。

※3 次の方は、各種がん検診料が無料になります。

- ①平成30年度内に40歳・50歳となる方
- ②平成30年度内に70歳以上となる方
- ③生活保護世帯の方
- ④身体障害者手帳・療育手帳・精神障害者保健福祉手帳をお持ちの方(検診料のお支払い時に手帳の提示が必要です。)

## 平成30年度 高齢者肺炎球菌感染症予防接種

下記の生年月日の方は、平成31年3月31日までに高齢者肺炎球菌ワクチンの接種を受けてください。

この機会を逃すと、予防接種法による接種はできなくなります。

<対象者> 以下の①・②に該当する方

①対象の方には4月初旬に案内文書と予診票をお送りしています。紛失された方はご連絡ください。

②60歳以上65歳未満で、心臓・腎臓・呼吸器の機能またはHIVにより免疫の機能に重い障害のある方(身体障害者手帳1級相当)

※保健福祉センターまで事前にご連絡ください。

年齢	対象生年月日
65歳	昭和28年4月2日生~昭和29年4月1日生の方
70歳	昭和23年4月2日生~昭和24年4月1日生の方
75歳	昭和18年4月2日生~昭和19年4月1日生の方
80歳	昭和13年4月2日生~昭和14年4月1日生の方
85歳	昭和 8年4月2日生~昭和 9年4月1日生の方
90歳	昭和 3年4月2日生~昭和 4年4月1日生の方
95歳	大正12年4月2日生~大正13年4月1日生の方
100歳	大正 7年4月2日生~大正 8年4月1日生の方

<実施期間> 平成30年4月1日~平成31年3月31日まで <実施場所> 県内の委託医療機関、要予約

<自己負担金> 2000円 ※生活保護受給者及び中国残留邦人等支援給付受給者は、接種料金の免除制度があります。詳しくは、福祉事務所保護係(☎880-6566)までお問い合わせください。

<持参するもの> \*予診票(対象者①には4月に送付済み) \*本人を証明するもの(健康保険証や運転免許書等)  
\*対象者②は身体障害者手帳

<接種回数> 対象年度中1回

※公費(自己負担2,000円)での接種の機会は、平成31年3月31日までで、生涯1回のみです。(5年後の通知はありません)

平成31年4月1日以降は、実費(8,500円~9,000円)での接種になります。

※公費・実費いずれでも、肺炎球菌ワクチン(23価)接種歴のある方は対象外です。

# 南国市不妊治療費等助成事業のご案内

不妊検査、不妊治療を受けられたご夫婦に、治療に要した費用の一部を助成する事業です。

### 事業の概要

対象治療	一般不妊治療	特定不妊治療																																					
	不妊検査・タイミング療法・人工授精等	体外受精または顕微授精																																					
対象者	①法律上婚姻関係にある夫婦 ②夫婦の両方又はいずれか一方が南国市に住所を有し、かつ、居住している方 ③夫婦が医療保険各法の規定に基づく被保険者、組合員または被扶養者である方 ④夫婦の前年の所得の合計額が730万円未満である方(※計算方法は下記の表のとおり)																																						
※①~⑥の全てに該当する方	<table border="1"> <thead> <tr> <th rowspan="2">A</th> <th colspan="4">B 控除計</th> <th rowspan="2">C</th> <th rowspan="2">所得の合計額</th> </tr> <tr> <th>所得証明書 の所得金額</th> <th>児童手当施行 令第3条第1項 の控除額※所得 がある方のみ</th> <th>雑損 控除額</th> <th>医療費 控除額</th> <th>障害者控除額 (普通)270,000 円×該当人数</th> <th>障害者控除額 (特別)400,000 円×該当人数</th> <th>勤労学生 控除 270,000円</th> <th>所得額 (A-B)</th> <th>夫と妻のC欄の 合計 ※この額 が730万円未満 なら助成の対象</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>夫</td> <td></td> <td>80,000</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>妻</td> <td></td> <td>80,000</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> </tbody> </table> ⑤市税等の滞納がない方 ⑥他の自治体において同一の助成を受けていない方(高知県の助成を除く)			A	B 控除計				C	所得の合計額	所得証明書 の所得金額	児童手当施行 令第3条第1項 の控除額※所得 がある方のみ	雑損 控除額	医療費 控除額	障害者控除額 (普通)270,000 円×該当人数	障害者控除額 (特別)400,000 円×該当人数	勤労学生 控除 270,000円	所得額 (A-B)	夫と妻のC欄の 合計 ※この額 が730万円未満 なら助成の対象	夫		80,000								妻		80,000							
A	B 控除計				C	所得の合計額																																	
	所得証明書 の所得金額	児童手当施行 令第3条第1項 の控除額※所得 がある方のみ	雑損 控除額	医療費 控除額			障害者控除額 (普通)270,000 円×該当人数	障害者控除額 (特別)400,000 円×該当人数	勤労学生 控除 270,000円	所得額 (A-B)	夫と妻のC欄の 合計 ※この額 が730万円未満 なら助成の対象																												
夫		80,000																																					
妻		80,000																																					
助成額	1年ごとに5万円を限度 ただし1年とは、3月1日~翌年2月末日までとする	特定不妊治療に要する費用として対象者が負担すべき額から、高知県からの助成を受けた額を控除した額について、1回につき10万円を上限																																					
助成期間	2年	給付回数・期間については「高知県不妊に悩む方への特定治療支援事業」に準じる																																					
申請期限	毎年、2月末日までとする。 (例：平成30年3月1日~平成31年2月28日まで の治療分の申請期限は平成31年2月28日まで)	特定不妊治療費助成決定通知書の発行日から1年以内 ただし申請対象は、平成30年4月1日以降に発行された決定通知書とする																																					

### 申請に必要な書類

	一般不妊治療	特定不妊治療
1. 不妊治療費等助成事業申請書	○	○
2. 不妊治療費等助成事業医療機関等証明書(※1)	○	○
3. 法律上の夫婦であることを証明できる書類(夫及び妻が同一世帯に属さない場合に限る。)	○	○
4. 控除額等が確認できる所得課税証明書	○	○
5. 住民票など住所を確認できるもの(※2)	▲	▲
6. 不妊治療等に要した費用の領収書(※3)	○	○
7. 振込先口座番号が確認できるもの	○	○
8. 印鑑(スタンプ印は不可)	○	○
9. 特定不妊治療費助成決定通知書の写し	-	○

※1 特定不妊治療費助成申請の場合、高知県事に提出する「特定不妊治療費助成事業受診等証明書」の写しが提出できる場合はこの証明書に代えることができます。

※2 不妊治療費等助成事業に関する同意書が提出され、住所が確認できる場合は、▲の書類は省略できます。

※3 高知県が実施する特定不妊治療費等助成事業のため原本を提出する場合は、写しを提出してください。

【申請場所】南国市保健福祉センター 電話 863-7373  
住 所：南国市大埴甲320 (〒783-0004)  
受付時間：平日 8:30~17:15 (※12:00~13:00を除く)