高齢者のインフルエンザ・新型コロナウイルス感染症予防接種

図清瀬市に住民登録があり、次の①②いずれかに当てはまる方。

①接種日時点で65歳以上の方

②接種日時点で60歳以上65歳未満の方で、心臓・腎臓・呼吸器の機 能に障害があり、身の回りの生活を極度に制限される方またはヒト免 疫不全ウイルスによる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 (どちらもおおむね身体障害者障害程度等級1級相当)

場市指定医療機関(下表のとおり)及び近隣11市(東久留米市、東村 山市、小平市、小金井市、国分寺市、東大和市、立川市、昭島市、国 立市、狛江市、武蔵村山市)の指定医療機関

賀インフルエンザ2.500円、新型コロナウイルス感染症6.500円(生 活保護世帯、中国残留邦人等支援給付対象の方は無料)

インフルエンザ 予防接種について



新型コロナウイルス感 染症予防接種について



実施医療機関(市指定医療機関)

※市外局番はいずれも042。(表中の「一」は取り扱いなし)

◆下宿 ※ 「「外向番はいすれも042。 (表中の「一」は取り扱いなし					
医療機関名		住所	電話番号	インフル	新型コロナ
清瀬下宿中央診療所		下宿2-391-7	491-2217	要予約	要予約

◆旭が丘

医療機関名	住所	電話番号	インフル	新型コロナ
きよせ旭が丘記念病院	旭が丘1-619-15	491-2121	要予約	要予約
清瀬旭が丘団地クリニック	旭が丘2-5-4-6	459-5557	要予約	要予約

◆中清戸

医療機関名	住所	電話番号	インフル	新型コロナ
清瀬富士見病院	中清戸5-27	492-0311	要予約	要予約

◆上清戸

医療機関名	住所	電話番号	インフル	新型コロナ
北多摩クリニック	上清戸2-1-41	496-7760	予約不要	要予約

◆松山

医療機関名	住所	電話番号	インフル	新型コロナ
井上内科クリニック	松山1-11-21 1階	493-3102	要予約	要予約
岩田皮膚科クリニック	松山1-27-4	492-7735	要予約	_
大塚耳鼻咽喉科医院	松山1-40-21	492-0287	予約不要	予約不要
清瀬内科クリニック	松山1-4-20 101号	493-1630	予約不要	_
野島整形外科内科	松山2-1-3	491-1616	要予約	_
花園医院	松山3-5-14	491-0315	要予約	要予約
平野クリニック	松山1-4-19 1階	495-7320	予約不要	_
複十字病院	松山3-1-24	491-4712	要予約	要予約
宮本医院	松山1-42-6	491-0547	要予約	_

◆梅園

医療機関名	住所	電話番号	インフル	新型コロナ
信愛病院	梅園2-5-9	491-3211	要予約	要予約
ベトレヘムの園病院	梅園3-14-72	491-2525	要予約	要予約

清瀬市・清瀬市シニアクラブ連合会 敬老・芸能大会

各シニアクラブでは、健康づくり・生きがいづくりとして、フラ ダンス・日本舞踊・民謡・コーラスなどの活動を行っており、年に 一度、練習の成果を大舞台で披露しています。午前中は清瀬市敬老 大会式典を開催します。会員以外の方もぜひご鑑賞ください。 図おおむね60歳以上の市内在住の方

■10月17日 金午前10時~午後4時20分(予定) 費無料

場値清瀬けやきホール (入退場自由) 過清瀬市シニアクラブ連合会 事務局 (福祉総務課福祉総務係) ☎042-497-2056

東京都シルバーパス新規購入手続き

「東京都シルバーパス」は、 満70歳以上の都民の方 (寝たき りの方を除く) を対象として、 都内の民営バス(「きよバス」な どのコミュニティバスは除く) 及び都営交通(都バス、都営地 下鉄、都電など) で利用できる パスです。有効期限は発行日か ら令和8年9月30日までです。

シルバーパスの新規発行を希 望される方は、満70歳を迎え る月の初日から申込みができま す。必要書類(マイナンバーカ ードなどの本人確認書類、介護 保険料納入(決定)通知書など の所得確認書類)をそろえ、最 寄りのバス案内所などシルバー パスの取扱い窓口でお申し込み ください (市役所で手続きはで きません)。

※利用者の所得により負担金 1,000円または12,000円があ ります。令和7年9月末まで 20,510円であった負担金は、 制度見直しまでの措置として 12,000円に引き下げられまし た。 👸 (一社) 東京バス協会

☎03-5308-6950(土・日曜日、 祝日を除く、午前9時~午後5

実施期間

インフルエンザ予防接種 新型コロナウイルス感染症予防接種 10月1日例~令和8年1月31日出 10月1日例~令和8年3月31日例

😚公的な本人確認書類 (期限内の健康保険証、マイナ保険証、資格確 | 認書等)、生活保護世帯・中国残留邦人等支援給付対象の方=各証明書、 左記対象者②に該当する方=身体障害者手帳 (1級)

遺健康推進課健康推進係☎042-497-2075

※例年、ワクチンの入荷状況によって10月1日から接種できない医療 機関が多数あります。事前に医療機関にご確認ください。

※予診票は自宅に送付されません。接種日に医療機関でご記入ください。 ※予防接種は強制ではありません。

※接種後の払い戻し制度はありません。

※長期入院・施設入所している方などやむを得ない理由に より市指定医療機関以外で接種を希望される場合は、事前 に上記までお問い合わせいただくか、右記QRコード内ホ ームページをご確認ください。



こちら

●野塩

· -• —				
医療機関名	住所	電話番号	インフル	新型コロナ
あきつ内科・透析クリニック	野塩5-296-2	497-3111	予約不要	要予約
いつもジェネラルクリニック 秋津院	野塩5-299-4	497-8608	予約不要	要予約
山本病院	野塩1-328	491-0706	予約不要	予約不要

◆元町

→ \(\text{\rm I} \)					
医療機関名	住所		電話番号	インフル	新型コロナ
宇都宮小児科内科クリニック	元町1-8-2	3階	491-5556	要予約	_
宇都宮レディースクリニック	元町1-4-26	1階	491-0103	要予約	_
きよせ駅前内科・内視鏡クリニック	元町1-4-41	1階	497-3788	要予約	_
清瀬診療所	元町1-13-27	7	493-2727	要予約	要予約
清瀬元町しいのクリニック	元町1-8-19	1階	493-9880	予約不要	要予約
杉本医院	元町2-7-1		492-1199	予約不要	要予約
とみまつ小児科循環器 クリニック	元町1-1-14	2階	497-3456	要予約	要予約
中島医院	元町1-3-45		495-6727	要予約	要予約
はたの耳鼻咽喉科	元町1-8-19	3階	491-1133	要予約	_
廣橋小児科・内科医院	元町1-5-3		493-7400	予約不要	予約不要
ふじ井内科クリニック	元町1-11-14	1	493-7122	予約不要	_
三浦整形外科クリニック	元町1-4-26	1階	494-6633	要予約	_
武蔵野総合クリニック	元町1-8-30		496-7015	予約不要	要予約

◆竹斤

▲ 13 TT				
医療機関名	住所	電話番号	インフル	新型コロナ
救世軍清瀬病院	竹丘1-17-9	491-1411	要予約	要予約
清瀬博済堂クリニック	竹丘2-15-15	410-0001	要予約	要予約
清瀬リハビリテーション病院	竹丘3-3-33	493-6111	要予約	要予約
国立病院機構 東京病院	竹丘3-1-1	491-2111	要予約	要予約
竹丘病院	竹丘2-3-7	491-6111	要予約	要予約
緑蔭通りクリニック	竹丘3-10-31	497-1782	要予約	_

子どものインフルエンザ予防接種の一部助成事業は、10月15日から 開始します。詳しくは、市報10月15日号と併せて公開予定の市ホーム ページをご確認ください。過子育て支援課母子保健係☎042-497-2077

令和7年度 肺がん検診(後期)

肺がん検診を行います。オプ ションで大腸がん検診を受診す ることもできます。

図40歳以上(昭和61年3月31日 以前生まれ)の市民の方。各日 定員150人(応募者多数の場合 ご希望の日程で受診できないこ とがあります。日程通知は11月 上旬郵送予定)

【実施日】11月28日金・12月1 日月場しあわせ未来センター 置500円 (喀痰検査・大腸がん 検診を受診する場合はそれぞれ 追加で500円)

☑胸部エックス線検査、喀痰 検査(下記条件をすべて満たし、 検査を希望する方のみ)

①50歳以上(昭和51年3月31日 以前生まれ)の方

②喫煙指数(1日の喫煙本数× 喫煙年数)が600以上の方(過去 に喫煙しており、現在は喫煙し ていない方も含む)

目間10月1日号配布後~10月

15日 (消印有効) まで に直接窓口、申込み フォームまたははが き(下記記入例参照)

で健康推進課健康推



進係☎042-497-2075

※電話での申込みはできません ※生活保護世帯、中国残留邦人 など支援給付対象の方は、直近 の証明書を提出することで無

記入例(裏)

肺がん検診申込み

1. 住所

2. 氏名(ふりがな)

3. 生年月日

4. 電話番号

5. 受診希望日(複数記入可)

6. オプション検診希望の有無

7. 喀痰検査の該当有無 ※受診希望日は左記実施日から

選んでください。午前・午後の ご希望がある場合はご記載くだ <u>さい。</u>

の 検 ※ ん 専が 用ん