

令和3(2021)年度 栃木県内定期予防接種の相互乗り入れ料金一覧表(インフルエンザ(高齢者))

| 市町名 | 被接種者の負担額 (消費税含む) | 接種委託料(消費税含む) | | | 実施期間 | 備考 |
|-------|---------------------|--------------|---------|--------|-----------------|--|
| | | 一般 | 生活保護者 | 予診のみ | | |
| 宇都宮市 | 1,500円※ | 4,088円※ | 5,588円※ | 3,168円 | 令和3(2021)年10月1日 | <ul style="list-style-type: none"> 宇都宮市では、市民に対する『予診票』の配布を行っていません。宇都宮市民が来院した場合は、栃木県医師会のホームページから印刷できる『予診票』(県内統一様式)をご使用くださるようお願いいたします。(宇都宮市民に対し、宇都宮市保健所に行くと『予診票』をもらってくるように案内しないでください。) 60歳以上65歳未満で、心臓・じん臓・呼吸器の機能またはH1Vによる免疫の機能に障がいのある市民(障がい者手帳1級程度)に対して接種を実施した場合は、該当者であることが確認できる「障がい者手帳の写し」(障がいの等級及び障がいの名が確認できる箇所をコピー)の添付が必要となりますので、委託料を請求する際、請求書・予診票とともに宇都宮市へご提出願います。すべての障がい者手帳1級所持者が対象者ではありませんので、ご注意ください。 ※対象者のうち、生活保護被保護者、中国残留邦人、市民税非課税世帯の方は、自己負担額が免除になります。ただし、あらかじめ宇都宮市保健所等に申請し、発行された「予防接種無料券」を貴医療機関に持参した場合に限ります。「無料券」の持参があった場合は、実費徴収なしでお取り扱いいただき、委託料を請求する際、請求書・予診票とともに「無料券」を宇都宮市へご提出願います。 |
| 足利市 | 1,000円※ | 3,818円※ | 4,818円※ | 2,095円 | 令和3(2021)年10月1日 | <ul style="list-style-type: none"> ※生活保護者、市民税非課税世帯に属する者は、接種前に市に免除の申請をし、接種時に免除の決定通知を持参した者のみ自己負担額が免除となり、委託料4,818円で請求してください。委託料請求時、予診票に免除決定通知を添付してください。 ※65歳以上の身障手帳1、2級の者、及び60歳以上65歳未満の者であって、心臓、腎臓若しくは呼吸器の機能の障がい又はヒト免疫不全ウイルスによる免疫の機能の障害を有する者で身障手帳1級相当の者は、予診票右上に、手帳の等級、番号を記入した場合は、自己負担額が免除となり、委託料4,818円で請求してください。 |
| 栃木市 | 3,500円を超える分は自己負担 | 3,500円 | 3,500円 | 1,400円 | 令和3(2021)年10月1日 | <ul style="list-style-type: none"> 栃木市では、市外で接種する市民に対し『市作成の予診票』を発行しています。栃木市民が来院した場合は『市作成の予診票』をご使用ください。栃木市民が予診票を持参しなかった場合は、『相互乗り入れ予診票(県内統一様式)』を使用しても差支えありません。 栃木市作成の予診票(青色3枚複写)は、2枚目が済証になっておりますので本人にお渡しください。 生活保護受給者は、接種後、本人からの申請により自己負担額を助成します(限度額2,500円)。接種後に領収書、済証(予診票の別紙)でも可)をお渡しいただき、大切に保管するようにご説明ください。 『請求書兼報告書』に押印する印鑑については、医療法人の場合は、法人印をご使用ください。 |
| 佐野市 | 1,000円※ | 3,730円 | 4,730円 | 0円 | 令和3(2021)年10月1日 | <ul style="list-style-type: none"> 60歳以上65歳未満の方で定期接種対象となる障がいをお持ちの方については、委託料請求時、予診票に身体障害者手帳の写し、もしくは、医師の診断書の写しを添付してください。 ※生活保護者は、福祉事務所が交付する「生活保護受給証明書」の提出を行えば実費徴収なしです。委託料請求時、予診票に証明書を添付してください。 『請求書兼報告書』に使用する印鑑については、代表者印が必要です。医療法人の場合は法人印も必要になります。 |
| 鹿沼市 | 3,200円を超える分は自己負担※ | 3,200円 | 4,680円 | 3,200円 | 令和3(2021)年10月1日 | <ul style="list-style-type: none"> 予診票は、県内定期予防接種相互乗り入れの予診票を使用して下さい。鹿沼市で予診票の配布はしていませんので、県内統一様式を栃木県医師会のホームページから印刷してください。 60歳以上65歳未満で、心臓・じん臓・呼吸器の機能またはH1Vによる免疫の機能に障がいのある者(障がい者手帳1級程度)については、受診券を交付していただきます。委託料の請求時に予診票に受診券を添付してください。 鹿沼市では、委託料3,200円。残額は患者様の自己負担となります。 ※生活保護者は、「休日夜間等緊急用の医療費扶助受給者証」提示の場合は自己負担無しで、4,680円を委託料として鹿沼市にご請求ください。 ★『請求書兼報告書』の宛名は、「鹿沼市長」でご請求ください。 ★『請求書兼報告書』の代表者職氏名に押印する印鑑については、必ず代表者印をご使用ください。 ★平成29年度より、請求先の住所が変更になりました。住所は下記となりますので、ご確認の上、お間違のないように送付ください。 〒322-8601 鹿沼市今宮町1688-1 鹿沼市健康課 予防接種担当 |
| 日光市 | 3,500円を超える分は自己負担※ | 3,500円 | 全額 | 2,400円 | 令和3(2021)年10月1日 | <ul style="list-style-type: none"> 日光市は、委託料3,500円です。委託料を超える分は患者様の自己負担となります。 日光市作成の予診票(青色・3枚複写)を持参した場合は、予診票の3枚目が接種済証となっておりますので、本人に交付してください。 60歳以上65歳未満の方で定期接種対象となる障がいがある方については、身体障害者手帳の写し、または医師の診断書の写しを請求時に予診票に添付してください。 ※生活保護受給者は、あらかじめ日光市に申請すれば「全額助成券(全額助成証明書)」を交付します。全額助成券(全額助成証明書)を持参した方からは自己負担分を徴収せず、全額日光市に請求してください。全額助成券(全額助成証明書)は請求の際に予診票に添付してください。 『請求書兼報告書』に押印する印鑑は代表者の印を使用してください。(シャチハタ印のようなインク付印は請求印として認められません。必ず朱肉を使用する印鑑を添付してください。内容の訂正には小さい訂正印は使用しないでください。請求印での訂正をお願いします。) 『請求書兼報告書』の宛名は必ず「日光市長」としてください。 |
| 小山市 | 1,300円※ | 3,848円 | 5,148円 | 1,300円 | 令和3(2021)年10月1日 | <ul style="list-style-type: none"> ※生活保護者は、生活保護受給者証等を確認いただければ、実費徴収なしです。 |
| 真岡市 | 0円 | 4,600円 | 4,600円 | 1,600円 | 令和3(2021)年10月1日 | <ul style="list-style-type: none"> 60歳以上65歳未満の方であって、心臓、腎臓又は呼吸器の機能に自己の周辺の日常生活活動が極度に制限される程度の障害を有する者及びヒト免疫不全ウイルスにより免疫の機能に日常生活がほとんど不可能な程度の障害を有する者で、身体障害者1級の認定を受けている方は、身体障害者手帳の写しを添付すること。 『請求書兼報告書』に代表者名を記載し、代表者印を添付してください。また、シャチハタのようなインク付印ではなく朱肉を用いてください。 『請求書兼報告書』の宛名は、「真岡市長」でご請求ください。 |
| 大田原市 | 0円 | 4,400円 | 4,400円 | 0円 | 令和3(2021)年10月1日 | <ul style="list-style-type: none"> 接種時に60歳以上65歳未満の方で心臓・腎臓・呼吸器の機能及びヒト免疫不全ウイルスによる免疫機能障害における身体障害者手帳1級に相当する方については、請求時に予診票に身体障害者手帳のコピーを添付してください。 『請求書兼報告書』に押印する印鑑については、医療法人の場合は、法人印及び代表者の印をご使用ください。 対象年齢外や接種履歴等により定期接種に該当しないと判断した場合は、支払い不可となりますのでご注意ください。 |
| 矢板市 | 1,000円※ | 3,950円 | 4,950円 | 0円 | 令和3(2021)年10月1日 | <ul style="list-style-type: none"> ※生活保護者無料 『請求書兼報告書』に押印する印鑑については、医療法人の場合は法人印をご使用ください。また、シャチハタ印などのインク付印は、請求印として認められませんので、朱肉等を使用する印鑑を添付願います。 60歳以上65歳未満の方で心臓、腎臓又は呼吸器の機能に自己の周辺の日常生活活動が極度に制限される程度の障害を有する方及びヒト免疫不全ウイルスにより免疫の機能に日常生活がほとんど不可能な程度の障害を有する方については請求時に身体障害者手帳の写し又は医師の診断書の写しを予診票に添付してください。 |
| 那須塩原市 | 0円 | 4,400円 | 4,400円 | 0円 | 令和3(2021)年10月1日 | <ul style="list-style-type: none"> 対象者は、①65歳以上の市民、または②60歳以上65歳未満で、心臓・じん臓・呼吸器の機能またはH1Vによる免疫の機能に障がいのある市民(障がい者手帳1級程度)です。②については、該当者であることが確認できる「障がい者手帳の写し」または「医師の診断書の写し」の添付が必要となりますので、請求時に予診票と併せて提出してください。※すべての障がい者手帳1級所持者が対象者ではありませんので、ご注意ください。 実施期間外に接種した場合は公費助成の対象外となります。 インフルエンザ予防接種の接種委託料について、生活保護者の区分はありません。 『請求書兼報告書』に代表者名の記載をお願いします。また、押印する印鑑については、代表者印を必ず押印してください。 請求金額は、訂正印の使用が認められませんので、修正等が生じた場合は新規に作成してください。請求日や金額の内訳等、請求金額以外の修正は、訂正印で修正することができません(※修正テープ等は使用できません)。 対象年齢外等により、定期接種に該当しない場合は支払い不可となりますので、ご注意ください。 |
| さくら市 | 1,000円※ | 3,950円 | 4,950円 | 0円 | 令和3(2021)年10月1日 | <ul style="list-style-type: none"> ※生活保護受給者は「生活保護世帯証明書」があれば自己負担はありません。請求時に予診票と併せて提出してください。 接種時満65歳以上の者 接種時に60歳以上65歳未満の方で心臓、腎臓又は呼吸器の機能に自己の周辺の日常生活活動が極度に制限される程度の障害を有する方及びヒト免疫不全ウイルスにより免疫の機能に日常生活がほとんど不可能な程度の障害を有する方。請求時に身体障害者手帳のコピーを添付してください。 |
| 那須烏山市 | 3,500円を超える分は自己負担※ | 3,500円 | 3,500円 | 0円 | 令和3(2021)年10月1日 | <ul style="list-style-type: none"> ※生活保護受給者は、接種後に申請により自己負担分を助成します(限度額あり)。 『請求書兼報告書』に押印する印鑑については、医療法人の場合は、法人印をご使用ください。 ★以下の場合は、支払い不可となります。ご注意ください。 対象年齢(年齢区分)に該当しない場合 定期接種に該当しないと判断した場合 |
| 下野市 | 1,300円※ | 3,848円 | 5,148円 | 1,300円 | 令和3(2021)年10月1日 | <ul style="list-style-type: none"> ※生活保護受給者証を提示すれば、窓口においての徴収なし。 『請求書兼報告書』の宛名は、必ず「下野市長」でご請求ください。 『請求書兼報告書』に使用する印鑑については、必ず代表者印の押印が必要になります。 『請求書兼報告書』は、訂正印の使用は認められないので、修正が生じた場合は新規作成してください。 対象年齢外や接種履歴等により定期接種に該当しないと判断した場合は、支払い不可となりますのでご注意ください。 |
| 上三川町 | 1,300円※ | 3,848円 | 5,148円 | 1,300円 | 令和3(2021)年10月1日 | <ul style="list-style-type: none"> 60歳以上65歳未満で定期接種の対象となる方には受診券を交付しています。受診券が使用されたときは、委託料請求時、予診票に受診券(原本)を添付してください。 ※生活保護受給者には、受診券を交付しています。受診券が使用されたときは、委託料請求時、予診票に受診券(原本)を添付してください。 請求書兼報告書の宛名は「上三川町長」でご請求ください。 請求書及び報告書に押印する印鑑については、代表者印をご使用ください。 請求書の振込先等、記入もれのないようお願いいたします。 対象年齢(年齢区分)や接種履歴等により定期接種に該当しない場合は、支払い不可となりますのでご注意ください。 |
| 益子町 | 0円 | 4,600円 | 4,600円 | 1,600円 | 令和3(2021)年10月1日 | <ul style="list-style-type: none"> 接種時に60歳以上65歳未満の方で心臓・腎臓・呼吸器の機能及びヒト免疫不全ウイルスによる免疫機能障害における身体障害者手帳1級に相当する方については、請求時に予診票に身体障害者手帳のコピーを添付してください。 『請求書兼報告書』に押印する印鑑については、医療法人の場合は、法人印をご使用ください。また、シャチハタはご遠慮ください。 |
| 茂木町 | 0円 | 4,600円 | 4,600円 | 1,600円 | 令和3(2021)年10月1日 | <ul style="list-style-type: none"> 茂木町では、町民に対する『予診票』の配布を行っていません。茂木町民が来院した場合は、栃木県医師会のホームページから印刷できる『予診票』(県内統一様式)をご使用くださるようお願いいたします。 60歳以上65歳未満の方であって、心臓、腎臓又は呼吸器の機能に自己の周辺の日常生活活動が極度に制限される程度の障害を有する者及びヒト免疫不全ウイルスにより免疫の機能に日常生活がほとんど不可能な程度の障害を有する者で、身体障害者1級の認定を受けている方は、身体障害者手帳の写しを添付してください。 『請求書兼報告書』に代表者名を記載し、押印する印鑑については、代表者印を添付してください。医療法人の場合は、法人印をご使用ください。また、シャチハタのようなインク付印ではなく、朱肉を用いた印鑑を添付してください。 『請求書兼報告書』の宛名は、「茂木町長」でご請求ください。 請求金額は、訂正印の使用が認められませんので、修正等が生じた場合は新規に作成してください(※修正テープ等は使用できません)。 |
| 市貝町 | 0円 | 4,600円 | 4,600円 | 1,600円 | 令和3(2021)年10月1日 | <ul style="list-style-type: none"> 60歳以上65歳未満の方であって、心臓、じん臓又は呼吸器の機能に自己の周辺の日常生活活動が極度に制限される程度の障害を有する者及びヒト免疫不全ウイルスにより免疫の機能に日常生活がほとんど不可能な程度の障害を有する者で、身体障害者1級の認定を受けている方は、予診票に身体障害者手帳の写しを添付してください。 市貝町では、町民に対する『予診票』の配布を行っていません。市貝町民が来院した場合は、「栃木県内相互乗り入れ事業の予診票」を印刷してご使用くださるようお願いいたします。 請求書の提出にあたっては、法人の場合は法人印を添付してください。また、シャチハタ印等は不可です。 振込先口座は、必ず毎月ご記入ください。 |
| 芳賀町 | 0円 | 4,600円 | 4,600円 | 1,600円 | 令和3(2021)年10月1日 | <ul style="list-style-type: none"> 接種時に60歳以上65歳未満の方で心臓・腎臓・呼吸器の機能及びヒト免疫不全ウイルスによる免疫機能障害における身体障害者手帳1級に相当する方については、請求時に予診票に身体障害者手帳のコピーを添付してください。 『請求書兼報告書』に押印する印鑑は、シャチハタ印は不可です。 『請求書兼報告書』の宛名は、「芳賀町長」にしてください。 |
| 壬生町 | 1,300円※ | 3,800円 | 5,100円 | 1,400円 | 令和3(2021)年10月1日 | <ul style="list-style-type: none"> 壬生町では、町民に対する「予診票」の配布を行っていません。 ※生活保護受給者については事前申請により「予防接種無料対象者証明書」(白色)を発行します。 『予診票』と「予防接種無料対象者証明書」は請求時に「請求書兼報告書」に添付してください。A類定期とB類定期は、別々の請求書で提出願います。 『請求書兼報告書』に押印する印鑑については、代表者の印(法人登記済印)をご使用ください。(医療法人の場合は、法人印をご使用ください。) |
| 野木町 | 1,300円 | 3,848円 | 5,148円 | 1,300円 | 令和3(2021)年10月1日 | <ul style="list-style-type: none"> 野木町では、町民に対する「予診票」の配付を行っていません。野木町民が来院した場合には、「栃木県内相互乗り入れ事業の予診票」を印刷してご使用くださるようお願いいたします。 生活保護受給者については事前申請により「予防接種無料対象者証明書」を発行します。 『予診票』と「予防接種無料対象者証明書」は請求時に「請求書兼報告書」に添付してください。 『請求書兼報告書』に押印する印鑑については、医療法人の場合は法人印と代表者印をご使用ください。 |
| 塩谷町 | 1,000円※ | 3,950円 | 4,950円 | 0円 | 令和3(2021)年10月1日 | <ul style="list-style-type: none"> ※生活保護受給者は「生活保護世帯証明書」があれば自己負担はありません。請求時に予診票と併せて提出してください。 接種時満65歳以上の者 接種時に60歳以上65歳未満の方で心臓・腎臓・呼吸器の機能及びヒト免疫不全ウイルスによる免疫機能障害における身体障害者手帳1級に相当する方については、請求時に身体障害者手帳のコピーを添付してください。 |
| 高根沢町 | 1,000円 | 3,950円 | 4,950円 | 0円 | 令和3(2021)年10月1日 | <ul style="list-style-type: none"> ※生活保護被保護者は事前申請により「無料対象者証明書」を発行しています。証明書持参の方は実費徴収なしでお願いします。 接種時満65歳以上の者 身体障がい者手帳をお持ちの方で内部障がい1級の方(満60歳～64歳)請求時、身体障がい者手帳のコピーを添付してください。 |
| 那須町 | 0円 | 4,400円 | 4,400円 | 0円 | 令和3(2021)年10月1日 | <ul style="list-style-type: none"> 那須町作成の予診票(水色・3枚複写)を使用した場合は、予診票の3枚目が接種済証となっておりますので、本人に交付してください。 60歳以上65歳未満の方で定期接種対象となる障がいがある方については、身体障害者手帳の写しを請求時に予診票に添付してください。 |
| 那珂川町 | 0円 | 4,500円 | 4,500円 | 0円 | 令和3(2021)年10月1日 | <ul style="list-style-type: none"> 那珂川町では、本人氏名の記載された予診票(青色)を発行しています。町発行の予診票を持参しない方が来院した場合は、お手数をおかけしますが、接種前に那珂川町健康福祉課健康増進係(電話 0287-92-1119)へご連絡ください。 『請求書兼報告書』に押印する印鑑については、代表者の印を使用してください。(シャチハタ印のようなインク付印は請求印として認められません。必ず朱肉を使用する印鑑を添付してください。) |