

令和5（2023）年度 栃木県内定期予防接種の相互乗り入れ料金一覧表（高齢者用肺炎球菌）

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）			備考
		一般	生活保護者	予診のみ	
宇都宮市	2,500円※	6,195円※	8,695円※	3,168円	<ul style="list-style-type: none"> 宇都宮市では、市民に対する『予診票』の配布を行っておりません。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って『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HIV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、予防接種費用が免除になります。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・予診票とともに宇都宮市へご提出願います。
足利市	3,500円※	5,426円※	8,926円※	2,095円	<ul style="list-style-type: none"> 対象者には助成券を発行しています。委託料請求時に予診票に助成券を添付してください。 ※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8,926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害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8,926円で請求してください。
栃木市	5,700円を超える分は自己負担	5,700円	5,700円	1,400円	<ul style="list-style-type: none"> 栃木市では、多重接種を避けるため過去の接種歴を、可能な限り確認してから予診票の発行をしております。市発行の予診票を持参していない場合、お手数ですが、栃木市健康増進課（TEL 0282-25-3512）まで接種前にご連絡ください。 接種時60歳以上65歳未満で、心臓、腎臓、呼吸器の機能に自己の身の辺の日常生活が極度に制限される程度の障がいや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がいや有する方（身体障害者手帳1級程度）は、身体障害者手帳の写しの添付又は予診票に医師による理由の記入が必要となります。 栃木市作成の予診票（黄色2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8,000円）。接種後に領収書、済証（予診票のJk-でも可）をお渡しいただき、大切に保管するようご説明ください。 『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	4,000円※	4,500円	8,500円	0円	<ul style="list-style-type: none"> 過去に佐野市の助成を受けた方を除き、対象年齢の方に受診券を配布しましたので、委託料請求時に予診票に受診券を添付してください。 60歳以上65歳未満の方で定期接種対象者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	3,500円を超える分は自己負担※	3,500円	8,330円	0円	<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。様式は、栃木県医師会のホームページから印刷できます。 対象者には助成券を発行しています。委託料請求時に予診票に助成券を添付してください。また、60歳以上65歳未満で、心臓・じん臓・呼吸器の機能またはHIV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）には、A4サイズの受診券を交付しています。 鹿沼市では、委託料3,500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、8,330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」の区分には、接種委託料の「一般」「生活保護者（生保でもOK）」「予診のみ」の該当するものをご記入ください。 ★「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	4,000円を超える分は自己負担※	4,000円	全額	2,400円	<ul style="list-style-type: none"> 日光市は委託料4,000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。 接種を希望する方は接種前に市に申込書の提出が必要です。市で接種歴等を確認してから日光市専用の予診票（紫色・3枚複写）を発行します。市発行の予診票を持参していない場合、お手数ですが接種前に日光市健康課（TEL 0288-21-2756）までご連絡ください。 日光市専用の紫色の予診票を持参した方を相互乗り入れ事業の対象者としてください。予診票の3枚目が接種済証となりますので本人に交付願います。 県内定期予防接種相互乗り入れの予診票は使用しないでください。 ※生活保護受給者には、日光市に事前申請により「全額助成券（全額助成証明書）」を交付します。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押印してください。 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、「日光市長」としてください。
小山市	4,000円※	4,323円	8,323円	1,300円	<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。対象者には通知を送付しますので、窓口でご確認をお願いいたします。
真岡市	0円	8,900円	8,900円	1,600円	<ul style="list-style-type: none"> 60歳以上65歳未満の者であって、心臓、腎臓又は呼吸器の機能に自己の身の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。 過去に真岡市の定期接種・任意接種の助成を受けた方は対象外です。 『請求書兼報告書』に代表者名を記載し、代表者印を押印してください。また、シャチハタのようなインク付印鑑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	4,100円※	3,800円	7,900円	0円	<ul style="list-style-type: none"> 対象者は、本人氏名等が記載されている「大田原市高齢者の肺炎球菌感染症予防接種券」を持参しますので、過去の接種歴を確認し該当であれば接種をお願いします。請求時、予診票と併せて高齢者の肺炎球菌感染症予防接種券を提出してください。接種券をお持ちでない方の予防接種は行わないようお願いいたします。 ※生活保護受給者等は、「生活保護受給証明書」を持参しますので、自己負担は徴収せず、全額、市へご請求ください。（請求時に生活保護受給証明書を添付する必要があります。） 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級に相当する方の場合、請求時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』の宛名は、「大田原市長」でご請求ください。 『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、法人の代表者印をご使用ください。（朱肉を使う印鑑をご使用ください。） 『請求書兼報告書』の請求日、請求金額の修正は、訂正印での修正が認められませんので、新規に作成をお願いします。
矢板市	4,000円※	4,800円	8,800円	0円	<ul style="list-style-type: none"> 矢板市では、接種歴を確認し、予診票（紫色）を発行しています。市発行の予診票をお持ちでない方が来院した場合は、お手数をおかけしますが、接種前に矢板市健康増進課（TEL 0287-43-1118）までご連絡ください。 『請求書兼報告書』に押印する印鑑については、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ないので、朱肉等を使用する印鑑を押印願います。 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身の辺の日常生活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。 ※生活保護者は、福祉事務所が交付する「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証明書を提出してください。
那須塩原市	0円	7,920円	7,920円	0円	<ul style="list-style-type: none"> 65歳・70歳・75歳・80歳・85歳・90歳・95歳・100歳の対象年齢の方は、市で発行した「高齢者肺炎球菌感染症予防接種券」を持参しますので、過去の接種歴を確認し、該当であれば接種してください。請求時、予診票と併せて高齢者肺炎球菌感染症予防接種券を提出してください。※接種券をお持ちでない方の予防接種は行わないでください。 60歳以上65歳未満で対象となる、心臓・じん臓・呼吸器の機能またはHIVによる免疫の機能に障がい（障がい者手帳1級程度）がある方へは接種券が発行されません。 請求時に予診票と併せて、対象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」を提出してください。 ※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。 『請求書兼報告書』に代表者名の記載をお願いいたします。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ないので、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	4000円※	4,800円	8,800円	0円	<ul style="list-style-type: none"> さくら市では、接種歴を確認し予診票を発行しています。市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さくら市健康増進課（TEL 028-678-4008）にご連絡ください。 ※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。 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身の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。
那須烏山市	4,000円を超える分は自己負担。	4,000円	8,000円	0円	<ul style="list-style-type: none"> 接種対象者に接種券・予診票を発行しますので、委託料を請求する際は、請求書・接種券・予診票をご提出願います。（共通予診票の使用可） 南那須医師会管外で接種する被接種者の負担額は、医療機関で設定している接種料金と委託料との差額を徴収してください。 ※市内に限り生活保護受給者は無料。 ◎接種券をお持ちでない方が来院した場合は、市健康福祉課にご確認ください。（TEL 0287-88-7115） 『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、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	3,500円を超える分は自己負担※	3,500円	8,000円	1,300円	<ul style="list-style-type: none"> 対象者に「接種券」を発行しますので確認のうえ接種してください。接種券は、請求時に必ず予診票とともにご提出願います。（共通予診票の使用可） 「接種券」をお持ちでない方が来院した場合は、接種前に下野市健康増進課へお問い合わせください。 ※生活保護者については上限8,000円（医療機関の定める額が委託料を下回る場合は、その額）を市に請求してください。8,000円を超える分は自己負担となります。 請求書兼報告書について、宛名は「下野市長」とし、代表者印を押印してください。 訂正印の使用は認められないので、修正が応じた場合は新規作成してください。 対象年齢外や接種回数相違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。

令和5（2023）年度 栃木県内定期予防接種の相互乗り入れ料金一覧表（高齢者用肺炎球菌）

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）			備考
		一般	生活保護者	予診のみ	
上三川町	3,000円※	5,323円	8,323円	1,300円	<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	8,900円	8,900円	1,600円	<p>対象者に「接種券」を発行しますので確認のうえ接種してください。接種券は、請求時に予診票とともにご提出願います。（共通予診票の使用可）</p> <p>「接種券」をお持ちでない方が来院した場合は、接種前に益子町保健センターへお問い合わせください。</p> <p>『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。</p>
茂木町	0円	8,900円	8,900円	1,600円	<ul style="list-style-type: none"> 高齢者肺炎球菌予防接種対象者には、予診票を交付しています。予診票をお持ちでない方が来院した場合は、接種する前に茂木町保健福祉課健康係（茂木町保健福祉センター「元気アップ館」TEL 0285-63-2555）へお問い合わせください。 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身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。 過去に1度でも接種を済ませた方は対象外です。 『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、代表者印を押印してください。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押印してください。 『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	8,900円	8,900円	1,600円	<ul style="list-style-type: none"> 高齢者肺炎球菌予防接種対象者には、町から予診票を交付します。予診票を持参しない方が来院した場合には、接種する前に市貝町町民くらし課健康づくり係までご連絡ください。 60歳～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身の日常生活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方（身体障害者1級該当者）については、請求時に身体障害者手帳の写しを添付してください。 請求書の提出にあたっては、法人の場合は法人印を押印してください。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	8,900円	8,900円	1,600円	<ul style="list-style-type: none"> 65歳以上の定期接種対象者には、予診票を交付しています。予診票を持参しない方が来院した場合は、接種する前にお問い合わせください。 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』に押印いただく印鑑は、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」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）。
壬生町	5,500円を超える分は自己負担	5,500円	8,200円	1,400円	<ul style="list-style-type: none"> 接種対象者には「予診票」と「接種済証」（黄色）を個別通知いたします。接種が終了した方に[接種済証]の交付をお願いします。 「予診票」を持参していない場合は接種前に壬生町健康福祉課までご連絡ください。 ※生活保護受給者については事前申請により「生活保護受給者証明書」（白色）を発行します。 ※生活保護受給者については上限8,200円（医療機関の定める額が委託料を下回る場合は、その額）を町に請求してください。8,200円を超える分は自己負担となります。 高齢者肺炎球菌の被接種者の負担額は定めません。医療機関で設定している接種料金と委託料との差額を徴収してください。 「生活保護受給者証明書」は請求時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。） 『請求書兼報告書』の宛名は、「壬生町長」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）。
野木町	3,500円を超える分は自己負担	3,500円	3,500円	1,300円	<ul style="list-style-type: none"> 野木町では、事前申請により助成券と接種済証を発行し、予診票と併せてお渡ししています。個別通知はありません。 初回の接種で助成券を持参しない方が来院した場合には野木町健康福祉課までご連絡ください。 高齢者肺炎球菌の被接種者の負担額は定めません。医療機関で設定している接種料金と委託料との差額を徴収してください。 『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。助成券は請求時に予診票と併せて提出してください。
塩谷町	4,000円※	4,800円	8,800円	0円	<p>塩谷町では、接種歴を確認し予診票を発行しています。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塩谷町保健福祉課（TEL 0287-45-1119）にご連絡ください。</p> <p>※生活保護受給者には、無料対象者である証明書を交付します。請求時に予診票と併せて提出してください。</p>
高根沢町	4,000円※	4,800円	8,800円	0円	<p>※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。</p> <p>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。</p> <p>過去に予防接種を受けてある方は対象外になります。</p> <p>高根沢町では接種歴を確認し対象となる方に予診票を発行しています。町発行の予診票を持参した方に接種してください。</p> <p>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、接種前に高根沢町保健センター（TEL 028-675-4559）へご連絡ください。</p>
那須町	2,276円	5,610円	5,610円	0円	<ul style="list-style-type: none"> 那須町では、接種歴を確認し、対象者には本人氏名の記載された「高齢者用肺炎球菌ワクチン接種券」と予診票を発行していますので、町発行の「接種券」を持参していない場合には、お手数をおかけしますが、那須町保健センター（TEL 0287-72-5858）まで接種前にご連絡ください。町発行の「接種券」を持参した方に接種してください。 ※過去に予防接種を受けている方は対象外となりますので、接種前に再度、過去の接種歴のご確認をお願いします。 予診票の3枚目が接種済証となりますので、接種日を記入いただき、本人に交付願います。 委託料請求時には、町提出用の予診票と「接種券」を添付の上、提出してください。 60歳～65歳未満の方については対象理由を予診票に記入若しくは身体障害者手帳のコピー添えて請求してください。
那珂川町	0円	8,200円	8,200円	0円	<ul style="list-style-type: none"> 那珂川町では、接種歴を確認し、本人氏名の記載された予診票（紫色）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（TEL 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押印してください。）