

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（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※	4,110円※	5,610円※	3,168円	令和5（2023）年10月1日～令和6（2024）年2月29日	<ul style="list-style-type: none"> <li>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）。</li> <li>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。</li> <li>※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。</li> </ul>
足利市	1,000円※	3,818円※	4,818円※	2,095円		<ul style="list-style-type: none"> <li>※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。</li> <li>※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4,818円で請求してください。</li> </ul>
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		<ul style="list-style-type: none"> <li>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。</li> <li>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周辺の日常生活活動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活動がほとんど不可能な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活動がほとんど不可能な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活動がほとんど不可能な程度の障がいがある方（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。</li> <li>栃木市作成の予診票（青色2枚複写）は、2枚目が予防接種済証になっておりますので本人にお渡しください。</li> <li>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、予防接種済証（予診票の「B」-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。</li> <li>『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。</li> </ul>
佐野市	1,000円※	3,730円	4,730円	0円		<ul style="list-style-type: none"> <li>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。</li> <li>※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。</li> <li>『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。</li> <li>医療法人の場合は法人印も必要になります。</li> </ul>
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		<ul style="list-style-type: none"> <li>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。</li> <li>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）には、A4サイズの受診券を交付しています。委託料請求時に予診票に受診券を添付してください。</li> <li>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。</li> <li>※生活保護者は、「休日夜間等緊急用の医療費扶助受給資格者証」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。</li> <li>★『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）」「身体障害者（身障でもOK）」「予診のみ」の該当するものをご記入ください。</li> <li>★『請求書兼報告書』の宛名は、「鹿沼市長」でご請求ください。</li> <li>★『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。</li> </ul>
日光市	3,500円を超える分は自己負担※	3,500円	全額	2,400円		<ul style="list-style-type: none"> <li>日光市は、委託料3500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。</li> <li>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。</li> <li>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。</li> <li>※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。</li> <li>『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。）</li> <li>『請求書兼報告書』の宛名は必ず「日光市長」としてください。</li> </ul>
小山市	1,300円※	3,848円	5,148円	1,300円		<ul style="list-style-type: none"> <li>※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。</li> </ul>
真岡市	0円	4,600円	4,600円	1,600円		<ul style="list-style-type: none"> <li>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活動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。</li> <li>『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は請求印として認められません。必ず朱肉を用いてください。</li> <li>『請求書兼報告書』の宛名は、「真岡市長」でご請求ください。</li> </ul>
大田原市	0円	4,400円	4,400円	0円		<ul style="list-style-type: none"> <li>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。</li> <li>『請求書兼報告書』の宛名は、「大田原市長」でご請求ください。</li> <li>『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。）</li> <li>『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。</li> </ul>
矢板市	1,000円※	3,950円	4,950円	0円		<ul style="list-style-type: none"> <li>矢板市では、高齢者インフルエンザ「予診票」の配布を行っておりません。矢板市民が来院した際は、「栃木県内相互乗り入れ用」の予診票を印刷してご使用ください。</li> <li>『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押印願います。</li> <li>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活動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。</li> <li>※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。</li> </ul>
那須塩原市	0円	4,400円	4,400円	0円		<ul style="list-style-type: none"> <li>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。</li> <li>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。</li> <li>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。</li> <li>『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。</li> <li>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す（※修正テープ等は使用できません）。</li> <li>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。</li> </ul>
さくら市	1,000円※	3,950円	4,950円	0円		<ul style="list-style-type: none"> <li>※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。</li> <li>接種時満65歳以上の者</li> <li>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活動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。</li> </ul>
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	<ul style="list-style-type: none"> <li>接種時に60歳以上65歳未満の方であって心臓・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に障がいのある市民（障がい者手帳1級程度）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」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。</li> <li>※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）。</li> <li>『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。）</li> <li>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）。</li> <li>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。</li> </ul>	
下野市	1,300円※	3,848円	5,148円	1,300円	<ul style="list-style-type: none"> <li>※生活保護者は窓口においての徴収はございません。生活保護受給者が不明な場合には健康増進課（0285-32-8905）までお問い合わせください。</li> <li>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。</li> <li>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。</li> <li>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。</li> </ul>	
上三川町	1,300円※	3,848円	5,148円	1,300円	<ul style="list-style-type: none"> <li>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。</li> <li>※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。</li> <li>請求書兼報告書の宛名は「上三川町長」でご請求ください。</li> <li>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。</li> <li>請求書の振込先等、記入もれのないようお願いします。</li> <li>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。</li> </ul>	
益子町	0円	4,600円	4,600円	1,600円	<ul style="list-style-type: none"> <li>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。</li> <li>『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。</li> </ul>	
茂木町	0円	4,600円	4,600円	1,600円	<ul style="list-style-type: none"> <li>茂木町では、町民に対する『予診票』の配布を行っておりません。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。</li> <li>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活動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。</li> <li>『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。</li> <li>『請求書兼報告書』の宛名は、「茂木町長」でご請求ください。</li> <li>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）。</li> </ul>	

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		
市貝町	0円	4,600円	4,600円	1,600円	令和5(2023)年10月1日 ～ 令和6(2024)年2月29日	<ul style="list-style-type: none"> <li>・60歳以上65歳未満の者であって、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。</li> <li>・市貝町では、町民に対する『予診票』の配布を行っておりません。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。</li> <li>・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。</li> <li>・振込先口座は、必ず毎月ご記入ください。</li> </ul>
芳賀町	0円	4,600円	4,600円	1,600円		<ul style="list-style-type: none"> <li>・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。</li> <li>・「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。</li> <li>・「請求書兼報告書」の宛名は、「芳賀町長」でご請求ください。</li> <li>・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)。</li> </ul>
壬生町	1,300円※	3,800円	5,100円	1,400円		<ul style="list-style-type: none"> <li>・壬生町では、町民に対する「予診票」の配布を行っておりません。</li> <li>※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。</li> <li>・「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をお願いします。</li> <li>・『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。)</li> <li>・請求金額は訂正印の使用が認められません。修正等が生じた場合は新規に作成してください。</li> <li>・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。</li> <li>・「請求書兼報告書」の宛名は必ず「壬生町長」としてご請求ください。</li> </ul>
野木町	1,300円	3,848円	5,148円	1,300円		<ul style="list-style-type: none"> <li>・野木町では、町民に対する「予診票」の配布を行っておりません。野木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。</li> <li>・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。</li> <li>・「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。</li> <li>・「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。</li> </ul>
塩谷町	1,000円※	3,950円	4,950円	0円		<ul style="list-style-type: none"> <li>※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。</li> <li>・接種時満65歳以上の者</li> <li>・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。</li> </ul>
高根沢町	1,000円	3,950円	4,950円	0円		<ul style="list-style-type: none"> <li>※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。</li> <li>・接種時満65歳以上の者</li> <li>・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。</li> </ul>
那須町	0円	4,400円	4,400円	0円		<ul style="list-style-type: none"> <li>・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いますので、本人に交付してください。</li> <li>・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。</li> </ul>
那珂川町	0円	4,500円	4,500円	0円		<ul style="list-style-type: none"> <li>・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。</li> <li>・「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。)</li> </ul>