

令和7年度 栃木県内定期予防接種の相互乗り入れ料金表

市町名 足利市

|        |                                                                                                                                   |
|--------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 【B類疾病】 | 【問い合わせ】<br>市町担当課名 健康増進課<br>郵便番号 326-0808<br>住 所 足利市本城三丁目2 1 4 5<br>T E L 0 2 8 4 - 2 0 - 2 3 7 3<br>F A X 0 2 8 4 - 2 1 - 5 4 0 4 |
|--------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|

|       |                                                                                                                                               |
|-------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| (対象者) | 65歳以上の者（①及び③）、65歳の者（②及び④）※④については経過措置あり<br>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ものとして厚生労働省令で定めるもの（①、②及び③）※④については下記に記載 |
|-------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|

| 種 別                         |                                 | 被接種者の負担額<br>(消費税含む) | 委託料（消費税含む） |          | 実施期間                    |
|-----------------------------|---------------------------------|---------------------|------------|----------|-------------------------|
|                             |                                 |                     | 一般         | 生活保護者    |                         |
| ①インフルエンザ                    |                                 | 1,000 円             | 3,906 円    | 4,906 円  | 令和7年10月1日～<br>令和8年2月28日 |
| ②肺炎球菌感染症（高齢者がかかるものに<br>限る。） |                                 | 3,500 円             | 5,514 円    | 9,014 円  | 令和7年4月1日～<br>令和8年3月31日  |
| ③新型コロナウイルス感染症               |                                 | 3,500 円             | 12,100 円   | 15,600 円 | 令和7年10月1日～<br>令和8年2月28日 |
| ④带状疱疹                       | 乾燥組換え带状疱疹ワクチン「シングリックス」<br>※2回接種 | 10,000円を超える分は自己負担 円 | 10,000 円   | 22,060 円 | 令和7年4月1日～<br>令和8年3月31日  |
|                             | 乾燥弱毒生水痘ワクチン「ピケン」※1回接種           | 4,000円を超える分は自己負担 円  | 4,000 円    | 8,860 円  |                         |
| 予診のみ                        |                                 |                     | 2,095 円    |          |                         |

|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 特記事項<br>・②の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。<br>※①～③について生活保護者、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、それぞれ生活保護者の委託料で請求してください。<br>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。<br>※①～③について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、それぞれ生活保護者の委託料で請求してください。<br>※④について自己負担額は、それぞれの委託料を超える分について被接種者から徴収してください。<br>※④について生活保護者は、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、それぞれ生活保護者の委託料で請求してください。<br>※④について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、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、それぞれ生活保護者の委託料で請求してください。 |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|

|                                                                                                                                      |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| ※④带状疱疹ワクチンの経過措置<br>65歳を超える方については、高齢者肺炎球菌ワクチンと同様、5年間の経過措置として、5歳年齢ごと（70、75、80、85、90、95、100歳）を位置付ける。100歳以上の者については、定期接種開始初年度に限り全員を対象とする。 |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|

|                                                                                                                         |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| ※④带状疱疹ワクチンの対象者<br>60歳以上65歳未満の者であって、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として厚生労働省令で定める者（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） |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|