

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 佐野市

【問い合わせ】	
市町担当課名	健康増進課
郵便番号	327-8501
住 所	佐野市高砂町1番地
T E L	0283-24-5770
F A X	0283-20-3032
【B類疾病】	

(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			
	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 (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	3,730 円	4,730 円	令和7年10月1日～ 令和8年3月31日
②肺炎球菌感染症(高齢者がかかるものに 限る。)		4,000 円	4,500 円	8,500 円	令和7年4月1日～ 令和8年3月31日
③新型コロナウイルス感染症		3,500 円	12,406 円	15,906 円	令和7年10月1日～ 令和8年3月31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」※2回接種	10,000円を超える分は自己負担	10,000 円	21,956 円	令和7年4月1日～ 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	4,000 円	8,756 円	
予診のみ			0 円		

特記事項

＜共通事項＞

(1) 予診票は県内定期相互乗り入れの予診票を使用してください。様式は栃木県医師会のホームページから印刷できます。

(2) 60歳以上65歳未満で、定期接種対象者となる障がい有する者については、委託料請求時、予診票に「身体障害者手帳」の写し、または「医師の診断書」の写しを添付してください。

(3) 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」の提出を行えば被接種者の負担額(実費徴収)は無しとなります。委託料請求時、予診票に「生活保護受給証明書」を添付してください。带状疱疹不活化ワクチンで2回目の接種の請求をする場合、受給証明書は写しのものでも結構です。

(4) 『請求書兼報告書』の宛名は、「佐野市長」でご請求ください。

(5) 『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。

(6) 上記(5)について、法人の場合は、「理事長印」または「法人印と代表者印」をご使用ください。また、医療機関の名称に法人名も必ずご記入ください。

＜肺炎球菌感染症について＞

(7) 令和7年度から肺炎球菌感染症についての接種券は廃止となりました。委託料の請求時に予診票への「接種券」の添付は必要ありません。(前年度に発行されたものを持参された場合でも、予診票への添付は必要ありません。)

＜带状疱疹について＞

(8) 対象者には「接種券(ピンク色、切り取り式、A4サイズ用紙)」を発行しています。委託料の請求時に予診票に「接種券」を切り取って添付してください。(※④の60歳以上65歳未満の対象者の方には、接種券を発行しておりません。)

(9) 当市では、50歳以上で助成を受けたことがない定期予防接種対象外の方にも任意接種として助成を行っておりますので、接種希望の方がおりましたら当課へご連絡ください。

※④带状疱疹ワクチンの経過措置
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
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)