

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 日光市

【B類疾病】	【問い合わせ】	
	市町担当課名	健康課
	郵便番号	321-1262
	住 所	日光市平ヶ崎109番地
	T E L	0288-21-2756
	F A X	0288-21-2968

(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		3,500円を超える分は自己負担 円	3,500 円	全額 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円を超える分は自己負担 円	4,000 円	全額 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		12,100円を超える分は自己負担 円	12,100 円	全額 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 円	10,000 円	全額 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「ビケン」※1回接種	4,000円を超える分は自己負担 円	4,000 円	全額 円	
予診のみ			2,400 円		

特記事項

- ・肺炎球菌感染症および带状疱疹に限り、接種希望者は事前に市へ申込が必要となります。
- ・市で接種記録等を確認し、日光市専用の予診票を発行します。（肺炎球菌：紫色、带状疱疹：茶色）専用の予診票を持参した方のみ、相互乗り入れ事業の対象としてください。
- ・市発行の予診票を持参していない場合、接種前に日光市健康課（TEL：0288-21-2756）までご連絡ください。

※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。予診票の3枚目は接種済証となります。接種後、本人に交付してください。

※生活保護受給者は、事前申請により「全額助成券（全額助成証明書）」を交付しています。持参した方からは自己負担分を徴収せず、接種料金の全額を日光市に請求してください。請求の際に全額助成券（全額助成証明書）を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。

- ・押印（請求印）を省略する場合、発行責任者および担当者の役職・氏名・連絡先の記載が必要となります。
- ・「請求書兼報告書」の宛名は、「日光市長」としてください。

※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）