

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 大田原市

【B類疾病】	【問い合わせ】 市町担当課名 健康政策課 郵便番号 324-8641 住 所 大田原市本町1-4-1 T E L 0287-23-8975 F A X 0287-23-7632	
(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		0 円	4,400 円	4,400 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。）		4,100 円	3,800 円	7,900 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	12,100 円	15,600 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	12,060 円	10,000 円	22,060 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	4,860 円	4,000 円	8,860 円	令和7年4月1日～ 令和8年3月31日
予診のみ			0 円		

特記事項

- ・②と④について、対象者は本人氏名等が記載されている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。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。
- ・②の請求時には、予診票と併せて予防接種券を提出してください。
- ・④の請求時はワクチン種類と接種回数によって対応が異なります。生ワクチン接種の場合は接種後に予防接種券を回収し、予診票に添付して請求してください。不活化ワクチンの場合は、1回目接種の際には予防接種券を対象者に返却し、請求は予診票のみで行ってください。2回目の接種時に予防接種券を回収し、予診票に添付して請求してください。
- ・①、②、③の接種時に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。
- ※④の接種時に60歳以上65歳未満の方で、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。
- ※②、③、④に関して、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。）
- ・『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。

※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）