

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 下野市

【B類疾病】	【問い合わせ】
	市町担当課名 健康福祉部 健康増進課 郵便番号 329-0492 住 所 栃木県下野市笹原26番地 T E L 0285-32-8905 F A X 0285-32-8604

(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		1,300 円	3,848 円	5,148 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。）		3,500円を超え る分は自己負担 円	3,500 円	8,000 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	13,000円を超え る分は自己負担 円	13,000 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「ビケン」※1回接種	5,300円を超え る分は自己負担 円	5,300 円	8,860 円	
予診のみ			1,300 円		

特記事項
・②、④対象者に「接種券」を発行しますので確認のうえ接種してください。接種券は、請求時に予診票とともにご提出願います（④带状疱疹で組換えワクチンを接種する場合は2回目の接種医療機関が接種券を預かり請求時に添付してください）。「接種券」をお持ちでない方が来院した場合は、接種前に下野市健康増進課へお問い合わせください。 ・生活保護者は窓口においての徴収はありません。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。 ・生活保護者については記載の委託料（医療機関の定める額が委託料を下回る場合は、その額）を市に請求してください。 ・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。 ・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。 ・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。 ・予診票をお持ちでない下野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。

※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）
