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 鹿沼市

【B類疾病】	【問い合わせ】
	市町担当課名 健康課
	郵便番号 322-8601
	住 所 鹿沼市今宮町1688-1
	T E L 0289-63-8311
F A X 0289-63-8313	

(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	3,200円を超える分は自己負担(※) 円	3,200 円	4,680 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	8,330 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	委託料を超える分は自己負担(※) 円	未定 円	未定 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	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	
予診のみ		3,200 円		

特記事項
<ul style="list-style-type: none"> ・予診票は県内定期予防接種相互乗り入れの予診票を使用して下さい。様式は栃木県医師会のホームページから印刷できます。 ・鹿沼市では、医療機関で定める接種料金から助成額(委託料)を差し引いた残額は被接種者の自己負担となります。 (※)生活保護者は、「休日夜間等緊急用の医療費扶助受給者証」提示の場合は自己負担無しで、委託料(生活保護者料金)を鹿沼市にご請求ください。 【高齢者肺炎球菌・带状疱疹のみ】対象者には受診券ハガキを発行しています。委託料請求時は予診票左上にホチキス等で受診券ハガキを添付してください。ただし、带状疱疹ワクチン「シングリックス」1回目の場合は添付不要ですが、予診票左上に「受診券確認済」と記入してください。また、受診券ハガキ宛名面に1回目接種日を記入して被接種者へ返却してください(60歳以上65歳未満の定期接種対象者にはA4サイズの受診券を送付しています)。 ★「請求書兼報告書」の区分には、接種委託料の「一般」「生活保護者(生保でもOK)」「予診のみ」(带状疱疹は「シングリックス(一般)」「シングリックス(生保)」「ビケン(一般)」「ビケン(生保)」)の内、該当するものをご記入ください。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。宛名は「鹿沼市長」でご請求ください。

<p>※④带状疱疹ワクチンの経過措置</p> <p>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。</p>

<p>※④带状疱疹ワクチンの対象者</p> <p>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)</p>
--