

令和8年4月1日より

## 令和8年度 群馬県内相互乗り入れ予防接種 料金表

- 1. 実施にあたっての注意事項・・・・・・・・ P 1
- 2. 実施要領・・・・・・・・ P 2～4
- 3. 群馬県内相互乗り入れ予防接種の流れ・・・ P 5
- 4. 各市町村 料金表



(令和8年4月1日現在：消費税率10%)

市町村	ページ	A類	B類	市町村	ページ	A類	B類	市町村	ページ	A類	B類
安中市	P 6 ~ 8	○	○	草津町	P 42 ~ 44	○	○	中之条町	P 78 ~ 80	○	○
伊勢崎市	P 9 ~ 11	○	○	渋川市	P 45 ~ 47	○	○	長野原町	P 81 ~ 83	○	○
板倉町	P 12 ~ 14	○	○	下仁田町	P 48 ~ 50	○	○	南牧村	P 84 ~ 86	○	○
上野村	P 15 ~ 17	○	○	昭和村	P 51 ~ 53	○	○	沼田市	P 87 ~ 89	○	○
邑楽町	P 18 ~ 20	○	○	榛東村	P 54 ~ 56	○	○	東吾妻町	P 90 ~ 92	○	○
大泉町	P 21 ~ 23	○	○	高崎市	P 57 ~ 59	○	○	藤岡市	P 93 ~ 95	○	○
太田市	P 24 ~ 26	○	○	高山村	P 60 ~ 62	○	○	前橋市	P 96 ~ 98	○	○
片品村	P 27 ~ 29	○	○	館林市	P 63 ~ 65	○	○	みどり市	P 99 ~ 101	○	○
川場村	P 30 ~ 32	○	○	玉村町	P 66 ~ 68	○	○	みなかみ町	P 102 ~ 104	○	○
神流町	P 33 ~ 35	○	○	千代田町	P 69 ~ 71	○	○	明和町	P 105 ~ 107	○	○
甘楽町	P 36 ~ 38	○	○	嬭恋村	P 72 ~ 74	○	○	吉岡町	P 108 ~ 110	○	○
桐生市	P 39 ~ 41	○	○	富岡市	P 75 ~ 77	○	○				

### 5. 添付書類

- ①(統一様式3) 群馬県内相互乗り入れ予防接種業務委託契約委任状・・・・・・・・ P111
- ②(統一様式5) 群馬県内相互乗り入れ予防接種実施報告書兼委託料請求書・・・・・・・・ P112～P113
- ③(統一様式7) 群馬県内相互乗り入れ用 インフルエンザ予防接種済証・・・・・・・・ P114
- ④(統一様式8) 群馬県内相互乗り入れ用 インフルエンザ予防接種予診票・・・・・・・・ P115
- ⑤(統一様式9) 群馬県内相互乗り入れ用 高齢者用肺炎球菌ワクチン予防接種予診票・・ P116
- ⑥(統一様式10) 群馬県内相互乗り入れ用 高齢者用肺炎球菌予防接種済証・・・・・・・・ P117
- ⑦(統一様式11) 群馬県内相互乗り入れ用 新型コロナウイルス感染症予防接種予診票・・ P118
- ⑧(統一様式12) 群馬県内相互乗り入れ用 新型コロナウイルス感染症予防接種済証・・・・ P119
- ⑨(統一様式13) 群馬県内相互乗り入れ用 带状疱疹予防接種予診票・・・・・・・・ P120
- ⑩(統一様式14) 群馬県内相互乗り入れ用 带状疱疹予防接種済証・・・・・・・・ P121
- ⑪群馬県内相互乗り入れ予防接種業務委託契約 変更届・・・・・・・・ P122
- ⑫群馬県内相互乗り入れ予防接種業務委託契約 辞退届・・・・・・・・ P123



## 群馬県内相互乗り入れ予防接種業務 実施にあたっての注意事項

1. 業務の実施にあたっては、予防接種法、その他関係法令等を遵守してください。（被接種者数の報告・副反応報告等）
2. 委託料金、実施機関、対象者、接種上の留意点等、**全て被接種者の住所地市町村の条件で実施してください。**
3. 市町村によって条件が異なりますので、**必ず接種前に料金表によりご確認ください。**
4. 予診票については、**原則として被接種者の住所地市町村の予診票を使用してください。**
5. 接種希望者が予診票を持参しなかった場合には、**必ず接種前に被接種者の住所地市町村へ電話連絡してください。**
  - ・実施要領により予診票を持参しない等やむを得ない場合には、必ず接種前に被接種者の住所地市町村へ電話により承諾を得たうえで、A類疾病予防接種に関しては接種地市町村の予診票を、B類疾病予防接種（高齢者インフルエンザ・高齢者肺炎球菌・高齢者新型コロナウイルス感染症・高齢者带状疱疹）に関しては、県内相互乗り入れ用の予診票（統一様式8・統一様式9・統一様式11・統一様式13）を使用することとなっています。
6. 料金表について不明な点がありましたら、各市町村の問い合わせ先へご連絡ください。



## 1 目的

予防接種法第5条及び第6条の規定に基づく予防接種について、住所地市町村外における接種（現行の市町村と郡市医師会及び医療機関との委託契約により実施される接種を除く。以下「県内相互乗り入れ予防接種」という。）を円滑に実施し、住民の利便性を図ることを目的とする。

## 2 対象者について

県内相互乗り入れ予防接種の対象者は次のとおりとする。

- (1) かかりつけ医が当該住所地市町村外にいる者
- (2) その他、当該住所地市町村長が認めた者  
(やむを得ない事情により接種機会を逃した者、里帰り出産等のため実家などで予防接種を受けたい者、当該住所地市町村外施設に入所している者など)

## 3 予防接種の種類について

予防接種の種類は次のとおりとし、接種協力医師はこのうち対応可能な予防接種について実施する。

## ア A類疾病に係る予防接種

五種混合 (DPT-IPV-Hib)、三種混合 (DPT)、二種混合 (DT)、  
麻しん風しん混合、麻しん、風しん、日本脳炎、BCG、ポリオ (IPV)、  
ヒトパピローマウイルス感染症、ヒブ、小児用肺炎球菌、水痘、B型肝炎、  
ロタウイルス感染症、RSウイルス感染症

## イ B類疾病に係る予防接種

インフルエンザ、新型コロナウイルス感染症、高齢者用肺炎球菌、带状疱疹

## 4 委託料について

- (1) 全県下統一料金にはしない。  
接種委託料金はどこの市町村で接種したかには関係なく、被接種者の住所地の市町村で決めた接種委託料金（原則として当該市町村区域内での個別予防接種契約で定める単価と同額）を接種した医療機関に支払う。
- (2) 集団接種を実施している市町村においては、個別接種に移行するのが望ましいが、当分の間は住民の利便性の観点から新たに県内相互乗り入れ予防接種に係る個別接種料金を設定する。
- (3) 委託料は、ワクチン代を含めた額とする。
- (4) 市町村は毎年度及び随時、群馬県内相互乗り入れ予防接種業務委託契約書（統一様式1）の「群馬県内相互乗り入れ予防接種料金表」（接種上の留意点を含む。以下「料金表」という。）（統一様式2）を作成し、群馬県医師会へ提出する。  
県医師会は、料金表の写を接種協力医師へ配布する。

## 5 契約について

- (1) 「現行の契約」について
  - ・現行の各地域で行われている市町村と郡市医師会及び医療機関との契約はそのまま存続させ、これを優先する。

- (2) 「県内相互乗り入れ予防接種業務委託契約」について
- ・県内相互乗り入れ予防接種について、各市町村長と群馬県医師会長との間で契約を締結するものであり、健康被害が発生した場合の協定も含まれる。
  - ・県内相互乗り入れ予防接種に協力する医師は、県下全市町村長が実施する予防接種に協力する旨を承諾した医師（全県下協力医師）とする。
  - ・県医師会長は県内相互乗り入れ予防接種について協力することを承諾した医師の代理人として、毎年度、市町村長と「契約書」（統一様式1）により契約を行う。
- (3) 「群馬県内相互乗り入れ予防接種委託委任状」について
- ・県内相互乗り入れ予防接種に協力する医師は、群馬県医師会長に「群馬県内相互乗り入れ予防接種委託委任状」（統一様式3）を提出する。
- (4) 「県内相互乗り入れ予防接種協力医療機関名簿」について
- ・群馬県医師会は、毎年度及び3ヶ月毎に「県内相互乗り入れ予防接種協力医療機関名簿」（統一様式4）を作成し各市町村に配布する。

## 6 接種料金の請求方法

- (1) 医療機関は、あらかじめ配布された契約市町村ごとの予防接種料金表をもとに実施月分の「県内相互乗り入れ予防接種実施報告書兼委託料請求書」（以下「請求書」という。）（統一様式5）を作成し、予診票を添付して翌月10日までに所属する郡市医師会へ提出する。
- (2) 郡市医師会は、(1)により提出された請求書等を各々該当する市町村へ毎月20日までに送付するとともに、「群馬県内相互乗り入れ予防接種実施報告書」（統一様式6）を作成し県医師会へ提出する。
- (3) 市町村は、請求書等の書類を審査し、正当であると認めた場合は、契約書に定める日までに委託料を支払う。
- 但し、請求書等に過誤を認めた場合には、請求のあった医療機関へ直接照会するものとする。

## 7 実施方法

- (1) 市町村から接種協力医師への依頼書は必要としない方式とする。
- また、接種希望者から住所地市町村への申し込みは原則として必要としない方式とする。
- (2) 予診票は、原則として接種希望者の住所地市町村のものを使用することとする。
- 但し、A類疾病に係る予防接種について、事情により接種地市町村の予診票を使用する必要が生じた場合は、被接種者の住所地市町村に電話により承諾を得ることとする。
- また、B類疾病に係る予防接種（インフルエンザ、新型コロナウイルス感染症及び高齢者用肺炎球菌、带状疱疹）については、被接種者が予診票を持参しなかった場合等には、群馬県内相互乗り入れ用の予診票（統一様式8・統一様式9・統一様式11・統一様式13）を使用することとし、その場合は必ず被接種者の住所地市町村の承諾を電話により得ることとする。さらに被接種者住所地市町村の承諾を得られた場合には、予診票の「市町村へ連絡」の欄に承諾を得た月日を記載する。
- (3) 接種協力医師は、接種の際は健康保険証、特別永住者証明書等、福祉医療受給者証等により接種希望者の住所を確認し、母子健康手帳等により予防接種歴の確認を行う。

さらに接種を行う前に料金表により、必ず各市町村の接種上の留意点を確認し、接種を行う。

- (4) 接種後、接種協力医師は母子健康手帳または住所地市町村の接種済証に必要事項を記載する。但し、被接種者が母子健康手帳または住所地市町村の接種済証を持参しなかった場合は、インフルエンザ、新型コロナウイルス感染症及び高齢者用肺炎球菌、帯状疱疹予防接種については、群馬県内相互乗り入れ用の接種済証（統一様式7・統一様式10・統一様式12・統一様式14）を使用することとする。
- (5) 自己負担金がある場合、被接種者は接種協力医療機関にその金額を支払う。
- (6) 健康被害が発生した場合、住所地市町村長は自ら設置する「予防接種健康被害調査委員会」における調査が円滑に実施されるよう群馬県医師会と協議し、必要に応じて接種協力医師の所属する郡市医師会の協力を得ることとする。

## 8 事務処理

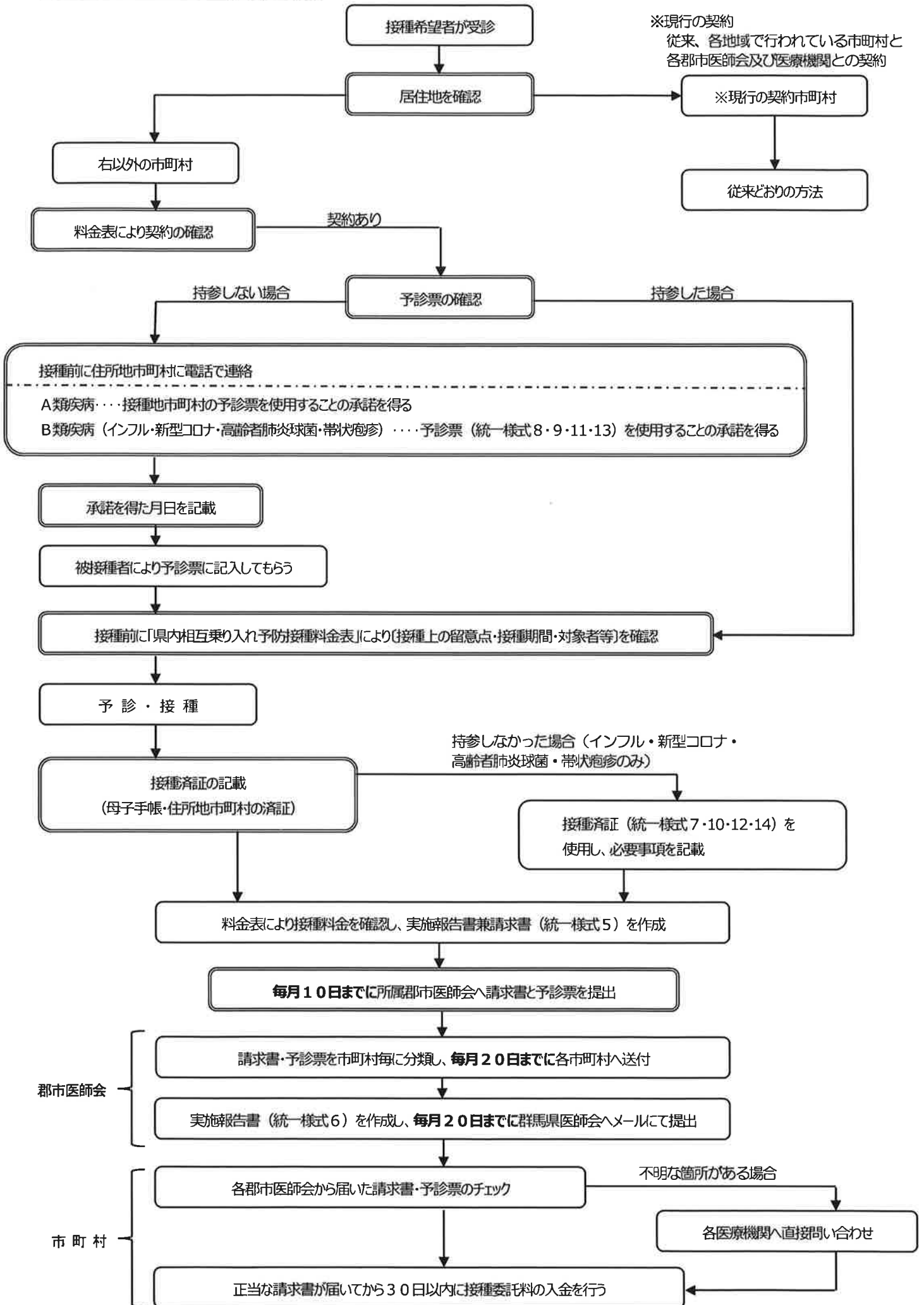
事務は、群馬県医師会事務局が行う。

附則 この要領は、平成15年 3月18日から施行する。

平成15年	7月24日	改定
平成16年	2月 2日	改定
平成18年	1月27日	改定
平成18年	6月 1日	改定
平成19年	2月 1日	改定
平成20年	2月 1日	改定
平成20年	3月25日	改定
平成20年	3月28日	改定
平成22年	9月 1日	改定
平成23年	1月19日	改定
平成23年	4月 1日	改定
平成24年	9月 1日	改定
平成24年	11月 1日	改定
平成25年	4月 1日	改定
平成26年	10月 1日	改定
平成27年	4月 1日	改定（統一様式8・9改定）
平成28年	10月 1日	改定
平成30年	4月 1日	改定
令和 2年	10月 1日	改定
令和 6年	4月 1日	改定
令和 6年	10月 1日	改定
令和 7年	4月 1日	改定
令和 8年	4月 1日	改定



群馬県内相互乗り入れ予防接種の流れ





各市町村 料金表

## 令和8年度群馬県内相互乗り入れ予防接種料金表

市町村名

安中市

## 1 A類疾病

予防接種の種類		委託料金 (消費税10%含む)	接種上の留意点 (対象者、自己負担金等)
1 五種混合 (DPT-IPV-Hib)	1期	2~90月に至るまで	20,380
2 三種混合 (DPT)	1期	2~90月に至るまで	9,900
3 二種混合 (DT)	1期	3~90月に至るまで	/
	2期	11~13歳未満	
4 麻しん風しん混合	1期	12~24月に至るまで	12,250
		特例措置	12,250
	2期	※	10,960
		特例措置	10,960
	5期	*	/
5 麻しん	1期	12~24月に至るまで	8,490
		特例措置	8,490
	2期	※	8,490
		特例措置	8,490
6 風しん	1期	12~24月に至るまで	8,490
		特例措置	8,490
	2期	※	8,490
		特例措置	8,490
	5期	*	/
7 日本脳炎	1期	6~90月に至るまで	7,820
		特例措置	7,820
	2期	9~13歳未満	7,820
		特例措置	7,820
8 BCG		12月に至るまで	12,710
9 ポリオ (IPV)	1期	2~90月に至るまで	10,270
10 ヒトパピローマ ウイルス感染症 (HPVワクチン)	9価	小6~高1相当の女子	28,580
11 ヒブ		2~60月に至るまで	9,270
12 小児用肺炎球菌	15価	2~60月に至るまで	12,240
	20価	2~60月に至るまで	12,240
13 水痘		12~36月に至るまで	9,790
14 B型肝炎		12月に至るまで	8,030
15 ロタウイルス 感染症	1価	6週0日後~24週0日後	15,000
	5価	6週0日後~32週0日後	10,000
16 RSウイルス感染症		妊娠28週~妊娠37週に至るまで	30,090
17 (A類) 予診のみ		90月未満	/
*引き続き医療となった 場合を除く		その他	/
特記事項			

※5歳以上7歳未満の者であって、小学校就学の始期に達する日の1年前の日から当該始期に達する日の前日までの間にある者  
\*昭和37年~昭和54年生まれの男性で、令和6年度末までに風しん抗体検査を実施し陰性だったもの

## 2 B類疾病（1）

### ・高齢者インフルエンザ

接種期間	令和 8年10月 1日 ~ 令和 9年 1月31日		
対象者	① 接種日当日に65歳以上の者		
	② 60歳以上65歳未満の者であって、心臓、腎臓もしくは呼吸器の機能またはヒト免疫不全ウイルスによる免疫の機能に障害を有する者		
予防接種の種類	委託料金（消費税10%含む）		接種上の留意点
	市町村負担額	自己負担額	
18インフルエンザ	自己負担徴収者	3,750	1,200
	自己負担免除者	4,950	
自己負担免除者	上記対象者で生活保護世帯に属する者及び中国残留邦人の支援等を受けている者は、自己負担が免除となります。対象者は、安中市の予診票に「確認証」が添付されています。「確認証」が無い場合は市で確認しますので下記までご連絡ください。		
60歳以上65歳未満の心・腎・肺等機能不全者	専用の予診票がありますので、そちらを使用してください。（予診票は下記までご連絡いただければ送付します。）予診票の裏面に各障害のチェック項目がありますので、予診時に確認し、医師がサインをしてください。		
特記事項	生活保護世帯に属する者及び中国残留邦人の支援等を受けている者に接種した場合は、予診票の右上に「全額助成対象者」と赤で記入してください。また、予診票に添付している「確認証」については市へ提出してください。		

### ・高齢者新型コロナウイルス感染症

接種期間	令和 8年10月 1日 ~ 令和 9年 1月31日		
対象者	① 接種日当日に65歳以上の者		
	② 60歳以上65歳未満の者であって、心臓、腎臓もしくは呼吸器の機能またはヒト免疫不全ウイルスによる免疫の機能に障害を有する者		
予防接種の種類	委託料金（消費税10%含む）		接種上の留意点
	市町村負担額	自己負担額	
19新型コロナウイルス感染症	自己負担徴収者	12,600	3,000
	自己負担免除者	15,600	
自己負担免除者	上記対象者で生活保護世帯に属する者及び中国残留邦人の支援等を受けている者は、自己負担が免除となります。対象者は、安中市の予診票に「確認証」が添付されています。「確認証」が無い場合は市で確認しますので下記までご連絡ください。		
60歳以上65歳未満の心・腎・肺等機能不全者	専用の予診票がありますので、そちらを使用してください。（予診票は下記までご連絡いただければ送付します。）予診票の裏面に各障害のチェック項目がありますので、予診時に確認し、医師がサインをしてください。		
特記事項	生活保護世帯に属する者及び中国残留邦人の支援等を受けている者に接種した場合は、予診票の右上に「全額助成対象者」と赤で記入してください。また、予診票に添付している「確認証」については市へ提出してください。		

### ・高齢者用肺炎球菌

接種期間	令和8年4月1日 ~ 令和9年3月31日		
対象者	① 65歳の者（65歳の誕生日の前日から66歳の誕生日を迎える前日まで）		
	② 60歳以上65歳未満の者であって、心臓、腎臓もしくは呼吸器の機能またはヒト免疫不全ウイルスによる免疫の機能に障害を有する者		
予防接種の種類	委託料金（消費税10%含む）		接種上の留意点
	市町村負担額	自己負担額	
20高齢者用肺炎球菌	自己負担徴収者	8,220	3,500
	自己負担免除者	11,720	
自己負担免除者	上記対象者で生活保護世帯に属する者及び中国残留邦人の支援等を受けている者は、自己負担が免除となります。対象者は、安中市の予診票に「確認証」が添付されています。「確認証」が無い場合は市で確認しますので下記までご連絡ください。		
60歳以上65歳未満の心・腎・肺等機能不全者	専用の予診票がありますので、そちらを使用してください。（予診票は下記までご連絡いただければ送付します。）予診票の裏面に各障害のチェック項目がありますので、予診時に確認し、医師がサインをしてください。		
特記事項	生活保護世帯に属する者及び中国残留邦人の支援等を受けている者に接種した場合は、予診票の右上に「全額助成対象者」と赤で記入してください。また、予診票に添付している「確認証」については市へ提出してください。		

## 2 B類疾病（2）

### ・高齢者带状疱疹

接種期間	令和8年4月1日 ～ 令和9年3月31日			
対象者	① 令和8年度中に65歳、70歳、75歳、80歳、85歳、90歳、95歳、100歳となる者			
	② 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に障害を有する者			
予防接種の種類		委託料金（消費税10%含む）		接種上の留意点
		市町村負担額	自己負担額	
21高齢者带状疱疹	生ワクチン	自己負担徴収者	4,500	4,000
		自己負担免除者	8,500	/
	不活化ワクチン	自己負担徴収者	12,000	10,000
		自己負担免除者	22,000	/
自己負担免除者	上記対象者で生活保護世帯に属する者及び中国残留邦人の支援等を受けている者は、自己負担が免除となります。対象者は、安中市の予診票に「確認証」が添付されています。「確認証」が無い場合は市で確認しますので下記までご連絡ください。			
60歳以上65歳未満の免疫機能不全者	専用の予診票がありますので、そちらを使用してください。（予診票は下記までご連絡いただければ送付します。）予診票の裏面に各障害のチェック項目がありますので、予診時に確認し、医師がサインをしてください。			
特記事項 生活保護世帯に属する者及び中国残留邦人の支援等を受けている者に接種した場合は、予診票の右上に「全額助成対象者」と赤で記入してください。また、予診票に添付している「確認証」については市へ提出してください。				

### ・B類疾病予診のみ

22（B類）予診のみ	委託料金（消費税含む）	留意点
*引き続き医療となった場合を除く	/	

<p>問い合わせ  安中市 健康づくり課 保健予防係  TEL 027-382-1111(内線1172)  FAX 027-381-7016</p>
--

## 令和8年度群馬県内相互乗り入れ予防接種料金表

市町村名

伊勢崎市

## 1 A類疾病

予防接種の種類		委託料金 (消費税10%含む)	接種上の留意点 (対象者、自己負担金等)	
1 五種混合 (DPT-IPV-Hib)	1期	2～90月に至るまで	20,410円	
2 三種混合 (DPT)	1期	2～90月に至るまで	7,760円	
3 二種混合 (DT)	1期	3～90月に至るまで	6,600円	
	2期	11～13歳未満	6,600円	
4 麻しん風しん混合	1期	12～24月に至るまで	12,260円	
		特例措置	12,260円	
	2期	※	10,800円	年長児に予診票を送付
		特例措置	10,800円	
	5期	*	10,087円	
5 麻しん	1期	12～24月に至るまで	7,760円	
		特例措置		
	2期	※	7,760円	
		特例措置		
6 風しん	1期	12～24月に至るまで	7,760円	
		特例措置		
	2期	※	7,760円	
		特例措置		
	5期	*		
7 日本脳炎	1期	6～90月に至るまで	7,450円	
		特例措置	7,450円	接種希望者には特例措置用の予診票を発行
	2期	9～13歳未満	7,450円	小学校4年生に予診票を送付
		特例措置	7,450円	接種希望者には特例措置用の予診票を発行
8 BCG	12月に至るまで		11,420円	
9 ポリオ (IPV)	1期	2～90月に至るまで	10,270円	
10 ヒトパピローマ ウイルス感染症 (HPVワクチン)	9価	小6～高1相当の女子	28,000円	小学校6年生の女子に予診票を送付
11 ヒブ	2～60月に至るまで		8,910円	
12 小児用肺炎球菌	15価	2～60月に至るまで	12,220円	
	20価	2～60月に至るまで	12,220円	
13 水痘	12～36月に至るまで		10,670円	
14 B型肝炎	12月に至るまで		8,180円	
15 ロタウイルス 感染症	1価	6週0日後～24週0日後	15,300円	
	5価	6週0日後～32週0日後	10,090円	
16 RSウイルス感染症	妊娠28週～妊娠37週に至るまで		30,090円	
17 (A類) 予診のみ	90月未満			
*引き続き医療となった 場合を除く	その他			
特記事項				
振込先は必ず記載してください。				
請求金額欄は訂正出来ません。その他の訂正は必ず二重線と訂正印をお願いします (修正液等使用不可)。				
印鑑は朱肉を使い、鮮明に押印願います。				
※5歳以上7歳未満の者であって、小学校就学の始期に達する日の1年前の日から当該始期に達する日の前日までの間にある者				
*昭和37年～昭和54年生まれの男性で、令和6年度末までに風しん抗体検査を実施し陰性だったもの				

## 2 B類疾病（1）

### ・高齢者インフルエンザ

接種期間	令和 8年 10月 1日 ~ 令和 8年 12月 28日		
対象者	①	接種日当日に65歳以上の者	
	②	60歳以上65歳未満の者であって、心臓、腎臓もしくは呼吸器の機能またはヒト免疫不全ウイルスによる免疫の機能に障害を有する者	
予防接種の種類	委託料金（消費税10%含む）		接種上の留意点
		市町村負担額	
18インフルエンザ	自己負担徴収者	3,950円	1,000円
	自己負担免除者	4,950円	
対象者には予診票を送付			
自己負担免除者	生活保護世帯及び中国残留邦人等の支援給付世帯の者で、自己負担免除を希望する場合は、必ず受給者証等で確認してください。該当の場合は、予診票の「1生活保護世帯等に属する者」の1を○で囲んでください。		
60歳以上65歳未満の心・腎・肺等機能不全者	初めて接種する場合には、事前に本市で申請が必要となります。		
特記事項 振込先は必ず記載してください。 請求金額欄は訂正出来ません。その他の訂正は必ず二重線と訂正印をお願いします（修正液等使用不可）。 印鑑は朱肉を使い、鮮明に押印願います。			

### ・高齢者新型コロナウイルス感染症

接種期間	令和 8年 10月 1日 ~ 令和 8年 12月 28日		
対象者	①	接種日当日に65歳以上の者	
	②	60歳以上65歳未満の者であって、心臓、腎臓もしくは呼吸器の機能またはヒト免疫不全ウイルスによる免疫の機能に障害を有する者	
予防接種の種類	委託料金（消費税10%含む）		接種上の留意点
		市町村負担額	
19新型コロナウイルス感染症	自己負担徴収者	12,300円	3,000円
	自己負担免除者	15,300円	
対象者には予診票を送付			
自己負担免除者	生活保護世帯及び中国残留邦人等の支援給付世帯の者で、自己負担免除を希望する場合は、必ず受給者証等で確認してください。該当の場合は、予診票の「1生活保護世帯等に属する者」の1を○で囲んでください。		
60歳以上65歳未満の心・腎・肺等機能不全者	初めて接種する場合には、事前に本市で申請が必要となります。		
特記事項 振込先は必ず記載してください。 請求金額欄は訂正出来ません。その他の訂正は必ず二重線と訂正印をお願いします（修正液等使用不可）。 印鑑は朱肉を使い、鮮明に押印願います。			

### ・高齢者用肺炎球菌

接種期間	令和8年4月1日 ~ 令和9年3月31日		
対象者	①	65歳の者（65歳の誕生日の前日から66歳の誕生日を迎える前日まで）	
	②	60歳以上65歳未満の者であって、心臓、腎臓もしくは呼吸器の機能またはヒト免疫不全ウイルスによる免疫の機能に障害を有する者	
予防接種の種類	委託料金（消費税10%含む）		接種上の留意点
		市町村負担額	
20高齢者用肺炎球菌	自己負担徴収者	9,720円	2,000円
	自己負担免除者	11,720円	
対象者には予診票を送付			
自己負担免除者	生活保護世帯及び中国残留邦人等の支援給付世帯の者で、自己負担免除を希望する場合は、必ず受給者証等で確認してください。該当の場合は、予診票の「1生活保護世帯等に属する者」の1を○で囲んでください。		
60歳以上65歳未満の心・腎・肺等機能不全者	事前に本市で申請が必要となります。		
特記事項 振込先は必ず記載してください。 請求金額欄は訂正出来ません。その他の訂正は必ず二重線と訂正印をお願いします（修正液等使用不可）。 印鑑は朱肉を使い、鮮明に押印願います。			

## 2 B類疾病(2)

### ・高齢者带状疱疹

接種期間	令和8年4月1日 ~ 令和9年3月31日				
対象者	① 令和8年度中に65歳、70歳、75歳、80歳、85歳、90歳、95歳、100歳となる者				
	② 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に障害を有する者				
予防接種の種類		委託料金(消費税10%含む)		接種上の留意点	
		市町村負担額	自己負担額		
21高齢者带状疱疹	生ワクチン	自己負担徴収者	6,860円	2,000円	対象者には予診票を送付
		自己負担免除者	8,860円		
	不活化ワクチン	自己負担徴収者	17,060円	5,000円	対象者には予診票を送付
		自己負担免除者	22,060円		
自己負担免除者	生活保護世帯及び中国残留邦人等の支援給付世帯の者で、自己負担免除を希望する場合は、必ず受給者証等で確認してください。該当の場合は、予診票の「1生活保護世帯等に属する者」の1を○で囲んでください。				
60歳以上65歳未満の免疫機能不全者	事前に本市で申請が必要となります。				
<b>特記事項</b> 振込先は必ず記載してください。 請求金額欄は訂正出来ません。その他の訂正は必ず二重線と訂正印をお願いします(修正液等使用不可)。 印鑑は朱肉を使い、鮮明に押印願います。					

### ・B類疾病予診のみ

22(B類) 予診のみ	委託料金(消費税含む)	留意点
*引き続き医療となった場合を除く		

問い合わせ 伊勢崎市健康づくり課保健予防係 TEL 0270-27-2746 (ダイヤルイン) FAX 0270-23-9800
---

## 令和8年度群馬県内相互乗り入れ予防接種料金表

市町村名

板倉町

## 1 A類疾病

予防接種の種類		委託料金 (消費税10%含む)	接種上の留意点 (対象者、自己負担金等)
1 五種混合 (DPT-IPV-Hib)	1期	2～90月に至るまで	21,703
2 三種混合 (DPT)	1期	2～90月に至るまで	10,901
3 二種混合 (DT)	1期	3～90月に至るまで	8,261
	2期	11～13歳未満	6,501
4 麻しん風しん混合	1期	12～24月に至るまで	12,221
		特例措置	12,221
	2期	※	11,286
		特例措置	11,286
5期	*	10,373	
5 麻しん	1期	12～24月に至るまで	9,262
		特例措置	9,262
	2期	※	8,327
		特例措置	8,327
6 風しん	1期	12～24月に至るまで	9,284
		特例措置	9,284
	2期	※	8,349
		特例措置	8,349
	5期	*	10,373
7 日本脳炎	1期	6～90月に至るまで	8,206
		特例措置	7,381
	2期	9～13歳未満	7,381
		特例措置	7,381
8 BCG	12月に至るまで		13,376
9 ポリオ (IPV)	1期	2～90月に至るまで	11,561
10 ヒトパピローマ ウイルス感染症 (HPVワクチン)	9価	小6～高1相当の女子	28,886
11 ヒブ	2～60月に至るまで		10,408
12 小児用肺炎球菌	15価	2～60月に至るまで	13,486
	20価	2～60月に至るまで	13,486
13 水痘	12～36月に至るまで		10,516
14 B型肝炎	12月に至るまで		7,940
15 ロタウイルス 感染症	1価	6週0日後～24週0日後	16,566
	5価	6週0日後～32週0日後	11,209
16 RSウイルス感染症	妊娠28週～妊娠37週に至るまで		30,096
17 (A類) 予診のみ *引き続き医療となった 場合を除く	90月未満		
	その他		
特記事項			

※ 5歳以上7歳未満の者であって、小学校就学の始期に達する日の1年前の日から当該始期に達する日の前日までの間にある者  
\* 昭和37年～昭和54年生まれの男性で、令和6年度末までに風しん抗体検査を実施し陰性だったもの

## 2 B類疾病(1)

## ・高齢者インフルエンザ

接種期間	令和8年10月1日～令和9年1月31日		
対象者	① 接種日当日に65歳以上の者		
	② 60歳以上65歳未満の者であって、心臓、腎臓もしくは呼吸器の機能またはヒト免疫不全ウイルスによる免疫の機能に障害を有する者		
予防接種の種類	委託料金(消費税10%含む)		接種上の留意点
	市町村負担額	自己負担額	
18インフルエンザ	自己負担徴収者	4,665	1,000
	自己負担免除者	5,665	
自己負担免除者	生活保護世帯のかた及び町が認めたかた「予診票に免除の赤印あり」		
60歳以上65歳未満の心・腎・肺等機能不全者	希望者に専用予診票(裏面に該当事項を記載したもの)を交付。該当事項の記入をお願いします。委託料は個人負担徴収者と同様です。		
特記事項			

## ・高齢者新型コロナウイルス感染症

接種期間	令和8年10月1日～令和9年1月31日		
対象者	① 接種日当日に65歳以上の者		
	② 60歳以上65歳未満の者であって、心臓、腎臓もしくは呼吸器の機能またはヒト免疫不全ウイルスによる免疫の機能に障害を有する者		
予防接種の種類	委託料金(消費税10%含む)		接種上の留意点
	市町村負担額	自己負担額	
19新型コロナウイルス感染症	自己負担徴収者	13,016	3,000
	自己負担免除者	16,016	
自己負担免除者	生活保護世帯のかた及び町が認めたかた「予診票に免除の赤印あり」		
60歳以上65歳未満の心・腎・肺等機能不全者	希望者に専用予診票(裏面に該当事項を記載したもの)を交付。該当事項の記入をお願いします。委託料は個人負担徴収者と同様です。		
特記事項			

## ・高齢者用肺炎球菌

接種期間	令和8年4月1日～令和9年3月31日		
対象者	① 65歳の者(65歳の誕生日の前日から66歳の誕生日を迎える前日まで)		
	② 60歳以上65歳未満の者であって、心臓、腎臓もしくは呼吸器の機能またはヒト免疫不全ウイルスによる免疫の機能に障害を有する者		
予防接種の種類	委託料金(消費税10%含む)		接種上の留意点
	市町村負担額	自己負担額	
20高齢者用肺炎球菌	自己負担徴収者	9,726	2,000
	自己負担免除者	11,726	
自己負担免除者	生活保護世帯のかた及び町が認めたかた「予診票に免除の赤印あり」		
60歳以上65歳未満の心・腎・肺等機能不全者	希望者に専用予診票(裏面に該当事項を記載したもの)を交付。該当事項の記入をお願いします。委託料は個人負担徴収者と同様です。		
特記事項			

## 2 B類疾病(2)

### ・高齢者带状疱疹

接種期間	令和8年4月1日 ~ 令和9年3月31日				
対象者	① 令和8年度中に65歳、70歳、75歳、80歳、85歳、90歳、95歳、100歳となる者				
	② 60歳以上65歳未満の者であつて、ヒト免疫不全ウイルスによる免疫の機能に障害を有する者				
予防接種の種類		委託料金(消費税10%含む)		接種上の留意点	
		市町村負担額	自己負担額		
21高齢者带状疱疹	生ワクチン	自己負担徴収者	6,756	2,000	
		自己負担免除者	8,756	/	
	不活化ワクチン	自己負担徴収者	16,956	5,000	
		自己負担免除者	21,956	/	
自己負担免除者	生活保護世帯のかた及び町が認めたかた「予診票に免除の赤印あり」				
60歳以上65歳未満の免疫機能不全者	希望者に専用予診票(裏面に該当事項を記載したもの)を交付。該当事項の記入をお願いします。委託料は個人負担徴収者と同様です。				
特記事項					

### ・B類疾病予診のみ

22 (B類) 予診のみ	委託料金(消費税含む)	留意点
*引き続き医療となった場合を除く	/	

<p>問い合わせ          板倉町 健康介護課 健康推進係 山岸          TEL 0276-82-3757          FAX 0276-82-3754</p>
--

## 令和8年度群馬県内相互乗り入れ予防接種料金表

市町村名

上野村

## 1 A類疾病

予防接種の種類		委託料金 (消費税10%含む)	接種上の留意点 (対象者、自己負担金等)
1 五種混合 (DPT-IPV-Hib)	1期	2～90月に至るまで	20,000
	2期	11～13歳未満	6,400
2 三種混合 (DPT)	1期	2～90月に至るまで	9,100
	2期	11～13歳未満	6,400
3 二種混合 (DT)	1期	3～90月に至るまで	6,400
	2期	11～13歳未満	6,400
4 麻しん風しん混合	1期	12～24月に至るまで	11,300
		特例措置	11,300
	2期	※	11,300
		特例措置	11,300
	5期	*	11,300
5 麻しん	1期	12～24月に至るまで	7,600
		特例措置	7,600
	2期	※	7,600
		特例措置	7,600
6 風しん	1期	12～24月に至るまで	7,600
		特例措置	7,600
	2期	※	7,600
		特例措置	7,600
	5期	*	7,600
7 日本脳炎	1期	6～90月に至るまで	7,300
		特例措置	7,300
	2期	9～13歳未満	7,300
		特例措置	7,300
8 BCG	12月に至るまで	10,000	
9 ポリオ (IPV)	1期	2～90月に至るまで	9,700
10 ヒトパピローマ ウイルス感染症 (HPVワクチン)	9価	小6～高1相当の女子	28,000
11 ヒブ	2～60月に至るまで	9,100	
12 小児用肺炎球菌	15価	2～60月に至るまで	12,000
	20価	2～60月に至るまで	12,000
13 水痘	12～36月に至るまで	10,000	
14 B型肝炎	12月に至るまで	7,100	
15 ロタウイルス 感染症	1価	6週0日後～24週0日後	13,000
	5価	6週0日後～32週0日後	8,000
16 RSウイルス感染症	妊娠28週～妊娠37週に至るまで	30,000	
17 (A類) 予診のみ	90月未満		
*引き続き医療となった 場合を除く	その他		
特記事項			

※5歳以上7歳未満の者であって、小学校就学の始期に達する日の1年前の日から当該始期に達する日の前日までの間にある者

\*昭和37年～昭和54年生まれの男性で、令和6年度末までに風しん抗体検査を実施し陰性だったもの

## 2 B類疾病（1）

### ・高齢者インフルエンザ

接種期間	令和 8年 10月 1日 ~ 令和 9年 3月 31日		
対象者	① 接種日当日に65歳以上の者		
	② 60歳以上65歳未満の者であって、心臓、腎臓もしくは呼吸器の機能またはヒト免疫不全ウイルスによる免疫の機能に障害を有する者		
予防接種の種類	委託料金（消費税10%含む）		接種上の留意点
	市町村負担額	自己負担額	
18インフルエンザ	自己負担徴収者	3,500	1,000
	自己負担免除者	4,500	
自己負担免除者	生活保護受給者		
60歳以上65歳未満の心・腎・肺等機能不全者	事前に保健福祉課に申し出てください。		
特記事項			

### ・高齢者新型コロナウイルス感染症

接種期間	令和 8年 10月 1日 ~ 令和 9年 3月 31日		
対象者	① 接種日当日に65歳以上の者		
	② 60歳以上65歳未満の者であって、心臓、腎臓もしくは呼吸器の機能またはヒト免疫不全ウイルスによる免疫の機能に障害を有する者		
予防接種の種類	委託料金（消費税10%含む）		接種上の留意点
	市町村負担額	自己負担額	
19新型コロナウイルス感染症	自己負担徴収者	14,600	1,000
	自己負担免除者	15,600	
自己負担免除者	生活保護受給者		
60歳以上65歳未満の心・腎・肺等機能不全者	事前に保健福祉課に申し出てください。		
特記事項			

### ・高齢者用肺炎球菌

接種期間	令和 8年 4月 1日 ~ 令和 9年 3月 31日		
対象者	① 65歳の者（65歳の誕生日の前日から66歳の誕生日を迎える前日まで）		
	② 60歳以上65歳未満の者であって、心臓、腎臓もしくは呼吸器の機能またはヒト免疫不全ウイルスによる免疫の機能に障害を有する者		
予防接種の種類	委託料金（消費税10%含む）		接種上の留意点
	市町村負担額	自己負担額	
20高齢者用肺炎球菌	自己負担徴収者	10,500	1,500
	自己負担免除者	12,000	
自己負担免除者	生活保護受給者		
60歳以上65歳未満の心・腎・肺等機能不全者	事前に保健福祉課に申し出てください。		
特記事項			

## 2 B類疾病(2)

### ・高齢者帯状疱疹

接種期間	令和 8年 4月 1日 ~ 令和 9年 3月 31日				
対象者	① 令和8年度中に65歳、70歳、75歳、80歳、85歳、90歳、95歳、100歳となる者				
	② 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に障害を有する者				
予防接種の種類		委託料金(消費税10%含む)		接種上の留意点	
		市町村負担額	自己負担額		
21高齢者帯状疱疹	生ワクチン	自己負担徴収者	7,000	3,000	
		自己負担免除者	10,000		
	不活化ワクチン	自己負担徴収者	16,060	6,000	
		自己負担免除者	22,060		
自己負担免除者	生活保護受給者				
60歳以上65歳未満の免疫機能不全者	事前に保健福祉課に申し出てください。				
特記事項					

### ・B類疾病予診のみ

22(B類) 予診のみ	委託料金(消費税含む)	留意点
*引き続き医療となった場合を除く		

#### 問い合わせ

上野村役場保健福祉課

T E L 0274-59-2309

F A X 0274-59-2320

## 令和8年度群馬県内相互乗り入れ予防接種料金表

市町村名

邑楽町

## 1 A類疾病

予防接種の種類		委託料金 (消費税10%含む)	接種上の留意点 (対象者、自己負担金等)	
1 五種混合 (DPT-IPV-Hib)	1期	2～90月に至るまで	21,703円	
2 三種混合 (DPT)	1期	2～90月に至るまで	10,901円	
3 二種混合 (DT)	1期	3～90月に至るまで	8,261円	
	2期	11～13歳未満	6,501円	
4 麻しん風しん混合	1期	12～24月に至るまで	12,221円	
		特例措置	12,221円	
	2期	※	11,286円	
		特例措置	11,286円	
	5期	*	10,373円	
5 麻しん	1期	12～24月に至るまで	9,262円	
		特例措置	9,262円	
	2期	※	8,327円	
		特例措置	8,327円	
6 風しん	1期	12～24月に至るまで	9,284円	
		特例措置	9,284円	
	2期	※	8,349円	
		特例措置	8,349円	
	5期	*	10,373円	原則的にMRワクチン使用
7 日本脳炎	1期	6～90月に至るまで	8,206円	36月未満の接種は、邑楽町へ連絡してください。
		特例措置	7,381円	特例措置用の予診票を使用
	2期	9～13歳未満	7,381円	
		特例措置	7,381円	特例措置用の予診票を使用
8 BCG		12月に至るまで	13,376円	
9 ポリオ (1PV)	1期	2～90月に至るまで	11,561円	
10 ヒトパピローマ ウイルス感染症 (HPVワクチン)	9価	小6～高1相当の女子	28,886円	小学6年生の接種は、邑楽町へ連絡してください。
11 ヒブ		2～60月に至るまで	10,408円	
12 小児用肺炎球菌	15価	2～60月に至るまで	13,486円	
	20価	2～60月に至るまで	13,486円	
13 水痘		12～36月に至るまで	10,516円	
14 B型肝炎		12月に至るまで	7,940円	
15 ロタウイルス 感染症	1価	6週0日後～24週0日後	16,566円	
	5価	6週0日後～32週0日後	11,209円	
16 RSウイルス感染症		妊娠28週～妊娠37週に至るまで	30,096円	
17 (A類) 予診のみ *引き続き医療となった 場合を除く		90月未満		
		その他		
特記事項				

※5歳以上7歳未満の者であって、小学校就学の始期に達する日の1年前の日から当該始期に達する日の前日までの間にある者  
\*昭和37年～昭和54年生まれの男性で、令和6年度末までに風しん抗体検査を実施し陰性だったもの

## 2 B類疾病 (1)

### ・高齢者インフルエンザ

接種期間	令和8年10月1日(木) ~ 令和9年1月31日(日)		
対象者	① 接種日当日に65歳以上の者		
	② 60歳以上65歳未満の者であって、心臓、腎臓もしくは呼吸器の機能またはヒト免疫不全ウイルスによる免疫の機能に障害を有する者		
予防接種の種類	委託料金(消費税10%含む)		接種上の留意点
	市町村負担額	自己負担額	
18インフルエンザ	自己負担徴収者	4,665円	1,000円
	自己負担免除者	5,665円	
自己負担免除者	生活保護(専用予診票使用、予診票に免除(赤)の印があります)		
60歳以上65歳未満の心・腎・肺等機能不全者	60歳以上65歳未満の心・腎・肺等機能不全者用予診票に該当事項を記載 個人負担徴収者と同様(市町村負担4,665円、個人負担1,000円)		
特記事項			

### ・高齢者新型コロナウイルス感染症

接種期間	令和8年10月1日(木) ~ 令和9年1月31日(日)		
対象者	① 接種日当日に65歳以上の者		
	② 60歳以上65歳未満の者であって、心臓、腎臓もしくは呼吸器の機能またはヒト免疫不全ウイルスによる免疫の機能に障害を有する者		
予防接種の種類	委託料金(消費税10%含む)		接種上の留意点
	市町村負担額	自己負担額	
19新型コロナウイルス感染症	自己負担徴収者	13,016円	3,000円
	自己負担免除者	16,016円	
自己負担免除者	生活保護(専用予診票使用、予診票に免除(赤)の印があります)		
60歳以上65歳未満の心・腎・肺等機能不全者	60歳以上65歳未満の心・腎・肺等機能不全者用予診票に該当事項を記載 個人負担徴収者と同様(市町村負担13,016円、個人負担3,000円)		
特記事項			

### ・高齢者用肺炎球菌

接種期間	令和8年4月1日(水) ~ 令和9年3月31日(水)		
対象者	① 65歳の者(65歳の誕生日の前日から66歳の誕生日を迎える前日まで)		
	② 60歳以上65歳未満の者であって、心臓、腎臓もしくは呼吸器の機能またはヒト免疫不全ウイルスによる免疫の機能に障害を有する者		
予防接種の種類	委託料金(消費税10%含む)		接種上の留意点
	市町村負担額	自己負担額	
20高齢者用肺炎球菌	自己負担徴収者	9,726円	2,000円
	自己負担免除者	11,726円	
自己負担免除者	生活保護(専用予診票使用、予診票に免除(赤)の印があります)		
60歳以上65歳未満の心・腎・肺等機能不全者	60歳以上65歳未満の心・腎・肺等機能不全者用予診票に該当事項を記載 個人負担徴収者と同様(市町村負担9,726円、個人負担2,000円)		
特記事項			

## 2 B類疾病(2)

### ・高齢者带状疱疹

接種期間	令和8年4月1日(水) ~ 令和9年3月31日(水)			
対象者	① 令和8年度中に65歳、70歳、75歳、80歳、85歳、90歳、95歳、100歳となる者			
	② 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に障害を有する者			
予防接種の種類		委託料金(消費税10%含む)		接種上の留意点
		市町村負担額	自己負担額	
21高齢者带状疱疹	生ワクチン	自己負担徴収者	6,756円	2,000円
		自己負担免除者	8,756円	
	不活化ワクチン	自己負担徴収者	16,956円	5,000円
		自己負担免除者	21,956円	
自己負担免除者	生活保護(専用予診票使用、予診票に免除(赤)の印があります)			
60歳以上65歳未満の免疫機能不全者	60歳以上65歳未満のヒト免疫不全ウイルスによる免疫機能障害者用予診票に該当事項を記載 個人負担徴収者と同様(生ワクチン:市町村負担6,756円、個人負担2,000円・不活化ワクチン:市町村負担16,956円、個人負担5,000円)			
特記事項				

### ・B類疾病予診のみ

22(B類)予診のみ	委託料金(消費税含む)	留意点
*引き続き医療となった場合を除く		

#### 問い合わせ

邑楽町役場健康づくり課母子保健係 高橋・成塚

TEL 0276-88-5533

FAX 0276-88-5528

## 令和8年度群馬県内相互乗り入れ予防接種料金表

市町村名

大泉町

## 1 A類疾病

予防接種の種類		委託料金 (消費税10%含む)	接種上の留意点 (対象者、自己負担金等)
1 五種混合 (DPT-IPV-Hib)	1期	2～90月に至るまで 21,703	
2 三種混合 (DPT)	1期	2～90月に至るまで 10,901	
3 二種混合 (DT)	1期	3～90月に至るまで 8,261	
	2期	11～13歳未満 6,501	
4 麻しん風しん混合	1期	12～24月に至るまで 12,221	
		特例措置 12,221	
	2期	※ 11,286	
		特例措置 11,286	
	5期	* 10,373	
5 麻しん	1期	12～24月に至るまで 9,262	
		特例措置 9,262	
	2期	※ 8,327	
		特例措置 8,327	
6 風しん	1期	12～24月に至るまで 9,284	
		特例措置 9,284	
	2期	※ 8,349	
		特例措置 8,349	
	5期	* 10,373	
7 日本脳炎	1期	6～90月に至るまで 8,206	基本は3歳から実施
		特例措置 7,381	特例措置予診票を使用
	2期	9～13歳未満 7,381	
		特例措置 7,381	特例措置予診票を使用
8 BCG	12月に至るまで	13,376	
9 ポリオ (IPV)	1期	2～90月に至るまで 11,561	
10 ヒトパピローマ ウイルス感染症 (HPVワクチン)	9価	小6～高1相当の女子 28,886	
11 ヒブ	2～60月に至るまで	10,408	
12 小児用肺炎球菌	15価	2～60月に至るまで 13,486	
	20価	2～60月に至るまで 13,486	
13 水痘	12～36月に至るまで	10,516	
14 B型肝炎	12月に至るまで	7,940	
15 ロタウイルス 感染症	1価	6週0日後～24週0日後 16,566	
	5価	6週0日後～32週0日後 11,209	
16 RSウイルス感染症	妊娠28週～妊娠37週に至るまで	30,096	
17 (A類) 予診のみ	90月未満		
*引き続き医療となった 場合を除く	その他		
特記事項			

※5歳以上7歳未満の者であって、小学校就学の始期に達する日の1年前の日から当該始期に達する日の前日までの間にある者

\*昭和37年～昭和54年生まれの男性で、令和6年度末までに風しん抗体検査を実施し陰性だったもの

## 2 B類疾病（1）

### ・高齢者インフルエンザ

接種期間	令和8年10月1日 ～ 令和9年1月31日		
対象者	① 接種日当日に65歳以上の者		
	② 60歳以上65歳未満の者であって、心臓、腎臓もしくは呼吸器の機能またはヒト免疫不全ウイルスによる免疫の機能に障害を有する者		
予防接種の種類	委託料金（消費税10%含む）		接種上の留意点
	市町村負担額	自己負担額	
18インフルエンザ	自己負担徴収者	4,665	1,000
	自己負担免除者	5,665	
自己負担免除者	上記対象者で生活保護世帯の者		
60歳以上65歳未満の心・腎・肺等機能不全者	専用予診票が必要です。接種前に、障害を確認できる書類（障害者手帳等）を持って、健康づくり課窓口 に専用予診票を取りに来てください。		
特記事項			

### ・高齢者新型コロナウイルス感染症

接種期間	令和8年10月1日 ～ 令和9年1月31日		
対象者	① 接種日当日に65歳以上の者		
	② 60歳以上65歳未満の者であって、心臓、腎臓もしくは呼吸器の機能またはヒト免疫不全ウイルスによる免疫の機能に障害を有する者		
予防接種の種類	委託料金（消費税10%含む）		接種上の留意点
	市町村負担額	自己負担額	
19新型コロナウイルス感染症	自己負担徴収者	13,016	3,000
	自己負担免除者	16,016	
自己負担免除者	上記対象者で生活保護世帯の者		
60歳以上65歳未満の心・腎・肺等機能不全者	専用予診票が必要です。接種前に、障害を確認できる書類（障害者手帳等）を持って、健康づくり課窓口 に専用予診票を取りに来てください。		
特記事項			

### ・高齢者用肺炎球菌

接種期間	令和8年4月1日 ～ 令和9年3月31日		
対象者	① 65歳の者（65歳の誕生日の前日から66歳の誕生日を迎える前日まで）		
	② 60歳以上65歳未満の者であって、心臓、腎臓もしくは呼吸器の機能またはヒト免疫不全ウイルスによる免疫の機能に障害を有する者		
予防接種の種類	委託料金（消費税10%含む）		接種上の留意点
	市町村負担額	自己負担額	
20高齢者用肺炎球菌	自己負担徴収者	9,726	2,000
	自己負担免除者	11,726	
自己負担免除者	上記対象者で生活保護世帯の者		
60歳以上65歳未満の心・腎・肺等機能不全者	専用予診票が必要です。接種前に、障害を確認できる書類（障害者手帳等）を持って、健康づくり課窓口 に専用予診票を取りに来てください。		
特記事項			

## 2 B類疾病（2）

### ・高齢者带状疱疹

接種期間	令和8年4月1日 ～ 令和9年3月31日			
対象者	① 令和8年度中に65歳、70歳、75歳、80歳、85歳、90歳、95歳、100歳となる者			
	② 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に障害を有する者			
予防接種の種類		委託料金（消費税10%含む）		接種上の留意点
		市町村負担額	自己負担額	
21高齢者带状疱疹	生ワクチン	自己負担徴収者	6,756	2,000
		自己負担免除者	8,756	
	不活化ワクチン	自己負担徴収者	16,956	5,000
		自己負担免除者	21,956	
自己負担免除者	上記対象者で生活保護世帯の者			
60歳以上65歳未満の免疫機能不全者	専用予診票が必要です。接種前に、障害を確認できる書類（障害者手帳等）を持って、健康づくり課窓口にて専用予診票を取りに来てください。			
特記事項				

### ・B類疾病予診のみ

22（B類）予診のみ	委託料金（消費税含む）	留意点
*引き続き医療となった場合を除く		

#### 問い合わせ

大泉町健康づくり課健康づくり係 松澤  
 TEL 0276-62-2121  
 (R8.5.7以降) 0276-63-3111  
 FAX 0276-62-2108  
 (R8.5.7以降) 0276-63-3921

令和8年度群馬県内相互乗り入れ予防接種料金表

市町村名	太田市
------	-----

1 A類疾病

予防接種の種類		委託料金 (消費税10%含む)	接種上の留意点 (対象者、自己負担金等)
1 五種混合 (DPT-IPV-Hib)	1期 2~90月に至るまで	21,065	
2 三種混合 (DPT)	1期 2~90月に至るまで	10,425	
3 二種混合 (DT)	1期 3~90月に至るまで	7,516	
	2期 11~13歳未満	6,336	
4 麻しん風しん混合	1期 12~24月に至るまで		12,452
		特例措置	12,452
	2期 ※		11,022
		特例措置	11,022
	5期 *		10,197
5 麻しん	1期 12~24月に至るまで		8,822
		特例措置	8,822
	2期 ※		7,392
		特例措置	7,392
6 風しん	1期 12~24月に至るまで		8,833
		特例措置	8,833
	2期 ※		7,403
		特例措置	7,403
	5期 *		6,578
7 日本脳炎	1期 6~90月に至るまで		7,649
		特例措置	6,483
	2期 9~13歳未満		7,062
		特例措置	7,062
8 BCG	12月に至るまで	12,892	
9 ポリオ (IPV)	1期 2~90月に至るまで	11,737	
10 ヒトパピローマ ウイルス感染症 (HPVワクチン)	9価 小6~高1相当の女子	28,057	
11 ヒブ	2~60月に至るまで	10,283	
12 小児用肺炎球菌	15価 2~60月に至るまで	12,768	
	20価 2~60月に至るまで	12,768	
13 水痘	12~36月に至るまで	10,692	
14 B型肝炎	12月に至るまで	7,179	
15 ロタウイルス 感染症	1価 6週0日後~24週0日後	16,027	
	5価 6週0日後~32週0日後	11,000	
16 RSウイルス感染症	妊娠28週~妊娠37週に至るまで	30,090	
17 (A類) 予診のみ	90月未満	1,364	
*引き続き医療となった 場合を除く	その他		
特記事項	<p align="center">※請求日は実施月の月末日としてください</p> <p align="center">※請求書の印鑑は朱肉を使うもので押印 シャチハタ印の場合再提出していただきます</p>		

※5歳以上7歳未満の者であって、小学校就学の始期に達する日の1年前の日から当該始期に達する日の前日までの間にある者

※昭和37年~昭和54年生まれの男性で、令和6年度末までに風しん抗体検査を実施し陰性だったもの

## 2 B類疾病(1)

## ・高齢者インフルエンザ

接種期間	令和8年10月1日 ~ 令和9年1月10日		
対象者	① 接種日当日に65歳以上の者		
	② 60歳以上65歳未満の者であって、心臓、腎臓もしくは呼吸器の機能またはヒト免疫不全ウイルスによる免疫の機能に障害を有する者		
予防接種の種類	委託料金(消費税10%含む)		接種上の留意点
	市町村負担額	自己負担額	
18インフルエンザ	自己負担徴収者	未定	未定
	自己負担免除者	5,147	
自己負担免除者	生活保護世帯員 中国残留邦人等の支給給付受給世帯		
60歳以上65歳未満の心・腎・肺等機能不全者	申し出により予診票を発行		
特記事項	<p align="center">※請求日は実施月の月末日としてください</p> <p align="center">※請求書の印鑑は朱肉を使うもので押印 シャチハタ印の場合再提出していただきます</p>		

## ・高齢者新型コロナウイルス感染症

接種期間	令和8年10月1日 ~ 令和9年1月10日		
対象者	① 接種日当日に65歳以上の者		
	② 60歳以上65歳未満の者であって、心臓、腎臓もしくは呼吸器の機能またはヒト免疫不全ウイルスによる免疫の機能に障害を有する者		
予防接種の種類	委託料金(消費税10%含む)		接種上の留意点
	市町村負担額	自己負担額	
19新型コロナウイルス感染症	自己負担徴収者	未定	未定
	自己負担免除者	15,587	
自己負担免除者	生活保護世帯員 中国残留邦人等の支給給付受給世帯		
60歳以上65歳未満の心・腎・肺等機能不全者	申し出により予診票を発行		
特記事項	<p align="center">※請求日は実施月の月末日としてください</p> <p align="center">※請求書の印鑑は朱肉を使うもので押印 シャチハタ印の場合再提出していただきます</p>		

## ・高齢者用肺炎球菌

接種期間	令和8年4月1日 ~ 令和9年3月31日		
対象者	① 65歳の者(65歳の誕生日の前日から66歳の誕生日を迎える前日まで)		
	② 60歳以上65歳未満の者であって、心臓、腎臓もしくは呼吸器の機能またはヒト免疫不全ウイルスによる免疫の機能に障害を有する者		
予防接種の種類	委託料金(消費税10%含む)		接種上の留意点
	市町村負担額	自己負担額	
20高齢者用肺炎球菌	自己負担徴収者	9,720	2,000
	自己負担免除者	11,720	
自己負担免除者	生活保護世帯員 中国残留邦人等の支給給付受給世帯		
60歳以上65歳未満の心・腎・肺等機能不全者	申し出により予診票を発行		
特記事項	<p align="center">※請求日は実施月の月末日としてください</p> <p align="center">※請求書の印鑑は朱肉を使うもので押印 シャチハタ印の場合再提出していただきます</p>		

## 2 B類疾病（2）

### ・高齢者带状疱疹

接種期間	令和8年4月1日 ~ 令和9年3月31日			
対象者	① 令和8年度中に65歳、70歳、75歳、80歳、85歳、90歳、95歳、100歳となる者			
	② 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に障害を有する者			
予防接種の種類		委託料金（消費税10%含む）		接種上の留意点
		市町村負担額	自己負担額	
21高齢者带状疱疹	生ワクチン	自己負担徴収者	4,860	4,000
		自己負担免除者	8,860	
	不活化ワクチン	自己負担徴収者	10,060	12,000
		自己負担免除者	22,060	
自己負担免除者	生活保護世帯員 中国残留邦人等の支給給付受給世帯			
60歳以上65歳未満の免疫機能不全者	申し出により予診票を発行			
特記事項	<p align="center">※請求日は実施月の月末日としてください</p> <p align="center">※請求書の印鑑は朱肉を使うもので押印 シャチハタ印の場合再提出していただきます</p>			

### ・B類疾病予診のみ

22（B類）予診のみ	委託料金（消費税含む）	留意点
*引き続き医療となった場合を除く		

#### 問い合わせ

太田市健康づくり課管理係 飯塚

TEL 0276-46-5115

FAX 0276-46-5293

令和8年度群馬県内相互乗り入れ予防接種料金表

市町村名	片品村
------	-----

1 A類疾病

予防接種の種類		委託料金 (消費税10%含む)	接種上の留意点 (対象者、自己負担金等)
1 五種混合 (DPT-IPV-Hib)	1期	2~90月に至るまで 20,770	
2 三種混合 (DPT)	1期	2~90月に至るまで 11,240	
3 二種混合 (DT)	1期	3~90月に至るまで 8,600	
	2期	11~13歳未満 6,340	
4 麻しん風しん混合	1期	12~24月に至るまで 12,570	
		特例措置 12,570	
	2期	※ 11,140	
5 麻しん	1期	12~24月に至るまで 9,010	
		特例措置 9,010	
	2期	※ 7,580	
6 風しん	1期	12~24月に至るまで 9,010	
		特例措置 9,010	
	2期	※ 7,580	
7 日本脳炎	1期	12~24月に至るまで 9,010	
		特例措置 9,010	
	2期	※ 7,580	
8 BCG	1期	6~90月に至るまで 8,050	
		特例措置 7,220	
	2期	9~13歳未満 7,220	
9 ポリオ (IPV)	1期	9~13歳未満 7,220	
		特例措置 7,220	
10 ヒトパピローマ ウイルス感染症 (HPVワクチン)	9価	小6~高1相当の女子 28,210	
11 ヒブ		2~60月に至るまで 9,540	
12 小児用肺炎球菌	15価	2~60月に至るまで 12,560	
	20価	2~60月に至るまで 12,560	
13 水痘		12~36月に至るまで 9,590	
14 B型肝炎		12月に至るまで 7,210	
15 ロタウイルス 感染症	1価	6週0日後~24週0日後 15,310	
	5価	6週0日後~32週0日後 10,280	
16 RSウイルス感染症		妊娠28週~妊娠37週に至るまで 30,090	
17 (A類) 予診のみ	90月未満		
	*引き続き医療となった 場合を除く	その他	
特記事項			

※5歳以上7歳未満の者であって、小学校就学の始期に達する日の1年前の日から当該始期に達する日の前日までの間にある者  
\*昭和37年~昭和54年生まれの男性で、令和6年度末までに風しん抗体検査を実施し陰性だったもの

## 2 B類疾病(1)

## ・高齢者インフルエンザ

接種期間	令和8年10月1日～令和9年1月31日		
対象者	① 接種日当日に65歳以上の者		
	② 60歳以上65歳未満の者であって、心臓、腎臓もしくは呼吸器の機能またはヒト免疫不全ウイルスによる免疫の機能に障害を有する者		
予防接種の種類	委託料金(消費税10%含む)		接種上の留意点
	市町村負担額	自己負担額	
18インフルエンザ	自己負担徴収者	3,800	1,200
	自己負担免除者	5,000	
自己負担免除者	本人の申請があった場合は、接種前に下記へ電話してください。		
60歳以上65歳未満の心・腎・肺等機能不全者	本人の申請があった場合は、接種前に下記へ電話してください。予診票の医師記入欄に、厚生労働省局長通知(平成13年11月7日健発第1058号)第2の1定期の予防接種対象者の記号を記載してください。		
特記事項	接種希望の意思が確認できない場合、原則として接種しない。 予診票の被接種者希望欄は自署を原則とし、自署できない場合は代筆者が署名とするが、代筆者は医療機関・施設職員以外の家族等とし、代筆者の氏名及び被接種者との続柄を明記する。		

## ・高齢者新型コロナウイルス感染症

接種期間	令和8年10月1日～令和9年3月31日		
対象者	① 接種日当日に65歳以上の者		
	② 60歳以上65歳未満の者であって、心臓、腎臓もしくは呼吸器の機能またはヒト免疫不全ウイルスによる免疫の機能に障害を有する者		
予防接種の種類	委託料金(消費税10%含む)		接種上の留意点
	市町村負担額	自己負担額	
19新型コロナウイルス感染症	自己負担徴収者	10,670	5,000
	自己負担免除者	15,670	
自己負担免除者	本人の申請があった場合は、接種前に下記へ電話してください。		
60歳以上65歳未満の心・腎・肺等機能不全者	本人の申請があった場合は、接種前に下記へ電話してください。予診票の医師記入欄に、厚生労働省局長通知(平成13年11月7日健発第1058号)第2の1定期の予防接種対象者の記号を記載してください。		
特記事項	接種希望の意思が確認できない場合、原則として接種しない。 予診票の被接種者希望欄は自署を原則とし、自署できない場合は代筆者が署名とするが、代筆者は医療機関・施設職員以外の家族等とし、代筆者の氏名及び被接種者との続柄を明記する。		

## ・高齢者用肺炎球菌

接種期間	令和8年4月1日～令和9年3月31日		
対象者	① 65歳の者(65歳の誕生日の前日から66歳の誕生日を迎える前日まで)		
	② 60歳以上65歳未満の者であって、心臓、腎臓もしくは呼吸器の機能またはヒト免疫不全ウイルスによる免疫の機能に障害を有する者		
予防接種の種類	委託料金(消費税10%含む)		接種上の留意点
	市町村負担額	自己負担額	
20高齢者用肺炎球菌	自己負担徴収者	7,720	4,000
	自己負担免除者	11,720	
自己負担免除者	本人の申請があった場合は、接種前に下記へ電話してください。		
60歳以上65歳未満の心・腎・肺等機能不全者	本人の申請があった場合は、接種前に下記へ電話してください。 予診票の医師記入欄に、厚生労働省局長通知第二の定期の予防接種対象者の記号を記載してください。		
特記事項	本村の予診票を持参した者のみとする。接種希望の意思が確認できない場合、原則として接種しない。 予診票の被接種者希望欄は自署を原則とし、自署できない場合は代筆者が署名とするが、代筆者は医療機関・施設職員以外の家族等とし、代筆者の氏名及び被接種者との続柄を明記する。		

## 2 B類疾病（2）

### ・高齢者带状疱疹

接種期間	令和8年4月1日 ～ 令和9年3月31日				
対象者	① 令和8年度中に65歳、70歳、75歳、80歳、85歳、90歳、95歳、100歳となる者				
	② 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に障害を有する者				
予防接種の種類		委託料金（消費税10%含む）		接種上の留意点	
		市町村負担額	自己負担額		
21高齢者带状疱疹	生ワクチン	自己負担徴収者	4,860	4,000	
		自己負担免除者	8,860		
	不活化ワクチン	自己負担徴収者	15,060	7,000	
		自己負担免除者	22,060		
自己負担免除者	本人の申請があった場合は、接種前に下記へ電話してください。				
60歳以上65歳未満の免疫機能不全者	本人の申請があった場合は、接種前に下記へ電話してください。 予診票の医師記入欄に、厚生労働省局長通知第二の定期の予防接種対象者の記号を記載してください。				
特記事項	接種希望の意思が確認できない場合、原則として接種しない。 予診票の被接種者希望欄は自署を原則とし、自署できない場合は代筆者が署名とするが、代筆者は医療機関・施設職員以外の家族等とし、代筆者の氏名及び被接種者との続柄を明記する。				

### ・B類疾病予診のみ

22（B類）予診のみ	委託料金（消費税含む）	留意点
*引き続き医療となった場合を除く		

#### 問い合わせ

片品村保健福祉課保健係  
TEL 0278-58-2118  
FAX 0278-58-2110

## 令和8年度群馬県内相互乗り入れ予防接種料金表

市町村名

川場村

## 1 A類疾病

予防接種の種類		委託料金 (消費税10%含む)	接種上の留意点 (対象者、自己負担金等)
1 五種混合 (DPT-IPV-Hib)	1期	2～90月に至るまで	20,770円
	2期	11～13歳未満	6,340円
2 三種混合 (DPT)	1期	2～90月に至るまで	11,240円
	2期	11～13歳未満	6,340円
3 二種混合 (DT)	1期	12～24月に至るまで	12,570円
	2期	※	11,140円
4 麻しん風しん混合	1期	12～24月に至るまで	9,010円
	2期	※	7,580円
5 麻しん	1期	12～24月に至るまで	9,010円
	2期	※	7,580円
6 風しん	1期	12～24月に至るまで	9,010円
	2期	※	7,580円
7 日本脳炎	1期	6～90月に至るまで	8,050円
	2期	9～13歳未満	7,220円
8 BCG	12月に至るまで	13,220円	
9 ポリオ (IPV)	1期	2～90月に至るまで	10,630円
10 ヒトパピローマ ウイルス感染症 (HPVワクチン)	9価	小6～高1相当の女子	28,210円
11 ヒブ	2～60月に至るまで	9,540円	
12 小児用肺炎球菌	15価	2～60月に至るまで	12,560円
	20価	2～60月に至るまで	12,560円
13 水痘	12～36月に至るまで	9,590円	
14 B型肝炎	12月に至るまで	7,210円	
15 ロタウイルス 感染症	1価	6週0日後～24週0日後	15,310円
	5価	6週0日後～32週0日後	10,280円
16 RSウイルス感染症	妊娠28週～妊娠37週に至るまで	30,090円	
17 (A類) 予診のみ *引き続き医療となった 場合を除く	90月未満		
	その他		
特記事項			

※5歳以上7歳未満の者であって、小学校就学の始期に達する日の1年前の日から当該始期に達する日の前日までの間にある者

\*昭和37年～昭和54年生まれの男性で、令和6年度末までに風しん抗体検査を実施し陰性だったもの

## 2 B類疾病（1）

### ・高齢者インフルエンザ

接種期間	令和 8年 10月 1日 ~ 令和 9年 1月 31日		
対象者	① 接種日当日に65歳以上の者		
	② 60歳以上65歳未満の者であって、心臓、腎臓もしくは呼吸器の機能またはヒト免疫不全ウイルスによる免疫の機能に障害を有する者		
予防接種の種類	委託料金（消費税10%含む）		接種上の留意点
	市町村負担額	自己負担額	
18インフルエンザ	自己負担徴収者	3,800	1,200
	自己負担免除者	5,000	
自己負担免除者	本人から申請があった場合には、接種前に担当課に連絡して下さい。		
60歳以上65歳未満の心・腎・肺等機能不全者	本人から申請があった場合には、接種前に担当課に連絡して下さい。また、予診票の医師記入欄に確認した日付と余白に厚生労働省局長通知の定期接種対象者の記号を記載してください。		
<p>特記事項 ・接種希望者の意思確認ができない場合には、原則として接種しないでください。</p> <p>・被接種者署名欄は、自署を原則としていますが、自署できない場合には医療従事者以外で本人の状況をよく理解している者を代筆とし、代筆者氏名及び接種者との続柄を記載してください。</p>			

### ・高齢者新型コロナウイルス感染症

接種期間	令和 8年 10月 1日 ~ 令和 9年 3月 31日		
対象者	① 接種日当日に65歳以上の者		
	② 60歳以上65歳未満の者であって、心臓、腎臓もしくは呼吸器の機能またはヒト免疫不全ウイルスによる免疫の機能に障害を有する者		
予防接種の種類	委託料金（消費税10%含む）		接種上の留意点
	市町村負担額	自己負担額	
19新型コロナウイルス感染症	自己負担徴収者	10,670	5,000
	自己負担免除者	15,670	
自己負担免除者	本人から申請があった場合には、接種前に担当課に連絡して下さい。		
60歳以上65歳未満の心・腎・肺等機能不全者	本人から申請があった場合には、接種前に担当課に連絡して下さい。また、予診票の医師記入欄に確認した日付と余白に厚生労働省局長通知の定期接種対象者の記号を記載してください。		
<p>特記事項 ・接種希望者の意思確認ができない場合には、原則として接種しないでください。</p> <p>・被接種者署名欄は、自署を原則としていますが、自署できない場合には医療従事者以外で本人の状況をよく理解している者を代筆とし、代筆者氏名及び接種者との続柄を記載してください。</p>			

### ・高齢者用肺炎球菌

接種期間	令和8年4月1日 ~ 令和9年3月31日		
対象者	① 65歳の者（65歳の誕生日の前日から66歳の誕生日を迎える前日まで）		
	② 60歳以上65歳未満の者であって、心臓、腎臓もしくは呼吸器の機能またはヒト免疫不全ウイルスによる免疫の機能に障害を有する者		
予防接種の種類	委託料金（消費税10%含む）		接種上の留意点
	市町村負担額	自己負担額	
20高齢者用肺炎球菌	自己負担徴収者	7,720	4,000
	自己負担免除者	11,720	
自己負担免除者	本人から申請があった場合には、接種前に担当課に連絡して下さい。		
60歳以上65歳未満の心・腎・肺等機能不全者	本人から申請があった場合には、接種前に担当課に連絡して下さい。また、予診票の医師記入欄に確認した日付と余白に厚生労働省局長通知の定期接種対象者の記号を記載してください。		
<p>特記事項 ・接種希望者の意思確認ができない場合には、原則として接種しないでください。</p> <p>・被接種者署名欄は、自署を原則としていますが、自署できない場合には医療従事者以外で本人の状況をよく理解している者を代筆とし、代筆者氏名及び接種者との続柄を記載してください。</p>			

## 2 B類疾病(2)

## ・高齢者带状疱疹

接種期間	令和8年4月1日 ~ 令和9年3月31日			
対象者	① 令和8年度中に65歳、70歳、75歳、80歳、85歳、90歳、95歳、100歳となる者			
	② 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に障害を有する者			
予防接種の種類		委託料金(消費税10%含む)		接種上の留意点
		市町村負担額	自己負担額	
21高齢者带状疱疹	生ワクチン	自己負担徴収者	4,860	4,000
		自己負担免除者	8,860	
	不活化ワクチン	自己負担徴収者	15,060	7,000
		自己負担免除者	22,060	
自己負担免除者	本人から申請があった場合には、接種前に担当課に連絡して下さい。			
60歳以上65歳未満の免疫機能不全者	本人から申請があった場合には、接種前に担当課に連絡して下さい。また、予診票の医師記入欄に確認した日付と余白に厚生労働省局長通知の定期接種対象者の記号を記載してください。			
特記事項	<ul style="list-style-type: none"> <li>・接種希望者の意思確認ができない場合には、原則として接種しないでください。</li> <li>・被接種者署名欄は、自署を原則としていますが、自署できない場合には医療従事者以外で本人の状況をよく理解している者を代筆とし、代筆者氏名及び接種者との続柄を記載してください。</li> </ul>			

## ・B類疾病予診のみ

22(B類) 予診のみ	委託料金(消費税含む)	留意点
*引き続き医療となった場合を除く		

## 問い合わせ

川場村役場 健康福祉課 健康保険係

TEL 0278-25-5074

FAX 0278-52-2333

## 令和8年度群馬県内相互乗り入れ予防接種料金表

市町村名

神流町

## 1 A類疾病

予防接種の種類		委託料金 (消費税10%含む)	接種上の留意点 (対象者、自己負担金等)
1 五種混合 (DPT-IPV-Hib)	1期	2～90月に至るまで	19,800
	2期	2～90月に至るまで	9,100
2 三種混合 (DPT)	1期	2～90月に至るまで	9,100
	2期	2～90月に至るまで	9,100
3 二種混合 (DT)	1期	3～90月に至るまで	6,400
	2期	11～13歳未満	6,400
4 麻しん風しん混合	1期	12～24月に至るまで	10,400
		特例措置	10,400
	2期	※	10,400
		特例措置	10,400
	5期	*	10,400
5 麻しん	1期	12～24月に至るまで	7,500
		特例措置	7,500
	2期	※	7,500
		特例措置	7,500
6 風しん	1期	12～24月に至るまで	7,500
		特例措置	7,500
	2期	※	7,500
		特例措置	7,500
	5期	*	7,500
7 日本脳炎	1期	6～90月に至るまで	7,300
		特例措置	7,300
	2期	9～13歳未満	7,300
		特例措置	7,300
8 BCG	12月に至るまで		11,600
9 ポリオ (IPV)	1期	2～90月に至るまで	9,500
10 ヒトパピローマ ウイルス感染症 (HPVワクチン)	9価	小6～高1相当の女子	28,000
11 ヒブ	2～60月に至るまで		9,000
12 小児用肺炎球菌	15価	2～60月に至るまで	11,700
	20価	2～60月に至るまで	11,700
13 水痘	12～36月に至るまで		8,700
14 B型肝炎	12月に至るまで		5,900
15 ロタウイルス 感染症	1価	6週0日後～24週0日後	13,700
	5価	6週0日後～32週0日後	8,000
16 RSウイルス感染症	妊娠28週～妊娠37週に至るまで		30,000
17 (A類) 予診のみ *引き続き医療となった 場合を除く	90歳未満		730
	その他		730
特記事項			

※5歳以上7歳未満の者であって、小学校就学の始期に達する日の1年前の日から当該始期に達する日の前日までの間にある者

\*昭和37年～昭和54年生まれの男性で、令和6年度末までに風しん抗体検査を実施し陰性だったもの

## 2 B類疾病(1)

### ・高齢者インフルエンザ

接種期間	令和8年10月1日～令和9年1月31日		
対象者	①	接種日当日に65歳以上の者	
	②	60歳以上65歳未満の者であって、心臓、腎臓もしくは呼吸器の機能またはヒト免疫不全ウイルスによる免疫の機能に障害を有する者	
予防接種の種類	委託料金(消費税10%含む)		接種上の留意点
	市町村負担額	自己負担額	
18インフルエンザ	自己負担徴収者	3,800	1,000
	自己負担免除者	4,800	
自己負担免除者	町が発行する生活保護世帯である証明書を提出した者		
60歳以上65歳未満の心・腎・肺等機能不全者	予診票に必要事項を記載してください		
特記事項			

### ・高齢者新型コロナウイルス感染症

接種期間	令和8年10月1日～令和9年1月31日		
対象者	①	接種日当日に65歳以上の者	
	②	60歳以上65歳未満の者であって、心臓、腎臓もしくは呼吸器の機能またはヒト免疫不全ウイルスによる免疫の機能に障害を有する者	
予防接種の種類	委託料金(消費税10%含む)		接種上の留意点
	市町村負担額	自己負担額	
19新型コロナウイルス感染症	自己負担徴収者	14,340	1,000
	自己負担免除者	15,340	
自己負担免除者	町が発行する生活保護世帯である証明書を提出した者		
60歳以上65歳未満の心・腎・肺等機能不全者	予診票に必要事項を記載してください		
特記事項			

### ・高齢者用肺炎球菌

接種期間	令和8年4月1日～令和9年3月31日		
対象者	①	65歳の者(65歳の誕生日の前日から66歳の誕生日を迎える前日まで)	
	②	60歳以上65歳未満の者であって、心臓、腎臓もしくは呼吸器の機能またはヒト免疫不全ウイルスによる免疫の機能に障害を有する者	
予防接種の種類	委託料金(消費税10%含む)		接種上の留意点
	市町村負担額	自己負担額	
20高齢者用肺炎球菌	自己負担徴収者	10,700	1,000
	自己負担免除者	11,700	
自己負担免除者	町が発行する生活保護世帯である証明書を提出した者		
60歳以上65歳未満の心・腎・肺等機能不全者	予診票に必要事項を記載してください		
特記事項			

## 2 B類疾病（2）

### ・高齢者带状疱疹

接種期間	令和 8 年 4 月 1 日 ~ 令和 9 年 3 月 31 日			
対象者	① 令和8年度中に65歳、70歳、75歳、80歳、85歳、90歳、95歳、100歳となる者			
	② 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に障害を有する者			
予防接種の種類		委託料金（消費税10%含む）		接種上の留意点
		市町村負担額	自己負担額	
21高齢者带状疱疹	生ワクチン	自己負担徴収者	5,700	3,000
		自己負担免除者	8,700	
	不活化ワクチン	自己負担徴収者	14,800	7,000
		自己負担免除者	21,800	
自己負担免除者	町が発行する生活保護世帯である証明書を提出した者			
60歳以上65歳未満の免疫機能不全者	予診票に必要事項を記載してください			
特記事項				

### ・B類疾病予診のみ

22（B類）予診のみ	委託料金（消費税含む）	留意点
*引き続き医療となった場合を除く	730	

#### 問い合わせ

神流町役場 保健福祉課 保健係  
 TEL 0274-57-2111  
 FAX 0274-57-2715

## 令和8年度群馬県内相互乗り入れ予防接種料金表

市町村名

甘楽町

## 1 A類疾病

予防接種の種類		委託料金 (消費税10%含む)	接種上の留意点 (対象者、自己負担金等)
1 五種混合 (DPT-IPV-Hib)	1期	2～90月に至るまで	21,000
2 三種混合 (DPT)	1期	2～90月に至るまで	9,450
3 二種混合 (DT)	1期	3～90月に至るまで	/
	2期	11～13歳未満	
4 麻しん風しん混合	1期	12～24月に至るまで	11,530
		特例措置	11,530
	2期	※	11,530
		特例措置	11,530
	5期	*	9,850
5 麻しん	1期	12～24月に至るまで	8,720
		特例措置	8,720
	2期	※	8,720
		特例措置	8,720
6 風しん	1期	12～24月に至るまで	8,720
		特例措置	8,720
	2期	※	8,720
		特例措置	8,720
	5期	*	8,850
7 日本脳炎	1期	6～90月に至るまで	7,320
		特例措置	6,820
	2期	9～13歳未満	6,820
		特例措置	6,820
8 BCG	12月に至るまで	12,430	
9 ポリオ (IPV)	1期	2～90月に至るまで	10,030
10 ヒトパピローマ ウイルス感染症 (HPVワクチン)	9価	小6～高1相当の女子	28,310
11 ヒブ	2～60月に至るまで		9,100
12 小児用肺炎球菌	15価	2～60月に至るまで	11,930
	20価	2～60月に至るまで	11,930
13 水痘	12～36月に至るまで		9,830
14 B型肝炎	12月に至るまで		7,820
15 ロタウイルス 感染症	1価	6週0日後～24週0日後	14,530
	5価	6週0日後～32週0日後	9,520
16 RSウイルス感染症	妊娠28週～妊娠37週に至るまで		30,500
17 (A類) 予診のみ *引き続き医療となった 場合を除く	90月未満		1,100
	その他		1,100
特記事項			

※5歳以上7歳未満の者であって、小学校就学の始期に達する日の1年前の日から当該始期に達する日の前日までの間にある者

\*昭和37年～昭和54年生まれの男性で、令和6年度末までに風しん抗体検査を実施し陰性だったもの

## 2 B類疾病(1)

## ・高齢者インフルエンザ

接種期間	令和8年10月1日 ~ 令和9年1月31日		
対象者	① 接種日当日に65歳以上の者		
	② 60歳以上65歳未満の者であって、心臓、腎臓もしくは呼吸器の機能またはヒト免疫不全ウイルスによる免疫の機能に障害を有する者		
予防接種の種類	委託料金(消費税10%含む)		接種上の留意点
	市町村負担額	自己負担額	
18インフルエンザ	自己負担徴収者	3,400	1,500
	自己負担免除者	4,900	
自己負担免除者	生活保護受給者 ※生活保護受給証明書を提示した者のみ。生活保護受給証明書(写)と予診票を綴じ合わせてください。		
60歳以上65歳未満の心・腎・肺等機能不全者	※疾患である旨の記載がある甘楽町発行の予診票を持参した者のみ。当該予診票を持参しない場合は、接種前に必ず甘楽町保健センター(0274-67-5159)までご連絡ください。		
特記事項			

## ・高齢者新型コロナウイルス感染症

接種期間	令和8年10月1日 ~ 令和9年3月31日		
対象者	① 接種日当日に65歳以上の者		
	② 60歳以上65歳未満の者であって、心臓、腎臓もしくは呼吸器の機能またはヒト免疫不全ウイルスによる免疫の機能に障害を有する者		
予防接種の種類	委託料金(消費税10%含む)		接種上の留意点
	市町村負担額	自己負担額	
19新型コロナウイルス感染症	自己負担徴収者	12,600	3,000
	自己負担免除者	15,600	
自己負担免除者	生活保護受給者 ※生活保護受給証明書を提示した者のみ。生活保護受給証明書(写)と予診票を綴じ合わせてください。		
60歳以上65歳未満の心・腎・肺等機能不全者	※疾患である旨の記載がある甘楽町発行の予診票を持参した者のみ。当該予診票を持参しない場合は、接種前に必ず甘楽町保健センター(0274-67-5159)までご連絡ください。		
特記事項			

## ・高齢者用肺炎球菌

接種期間	令和8年4月1日 ~ 令和9年3月31日		
対象者	① 65歳の者(65歳の誕生日の前日から66歳の誕生日を迎える前日まで)		
	② 60歳以上65歳未満の者であって、心臓、腎臓もしくは呼吸器の機能またはヒト免疫不全ウイルスによる免疫の機能に障害を有する者		
予防接種の種類	委託料金(消費税10%含む)		接種上の留意点
	市町村負担額	自己負担額	
20高齢者用肺炎球菌	自己負担徴収者	8,700	3,000
	自己負担免除者	11,700	
自己負担免除者	生活保護受給者 ※生活保護受給証明書を提示した者のみ。生活保護受給証明書(写)と予診票を綴じ合わせてください。		
60歳以上65歳未満の心・腎・肺等機能不全者	※疾患である旨の記載がある甘楽町発行の予診票を持参した者のみ。当該予診票を持参しない場合には、接種前に必ず甘楽町保健センター(0274-67-5159)までご連絡ください。		
特記事項			

## 2 B類疾病(2)

### ・高齢者帯状疱疹

接種期間	令和8年4月1日 ~ 令和9年3月31日			
対象者	①	令和8年度中に65歳、70歳、75歳、80歳、85歳、90歳、95歳、100歳となる者		
	②	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に障害を有する者		
予防接種の種類		委託料金(消費税10%含む)		接種上の留意点
		市町村負担額	自己負担額	
21高齢者帯状疱疹	生ワクチン	自己負担徴収者	4,600	4,000
		自己負担免除者	8,600	/
	不活化ワクチン	自己負担徴収者	12,000	10,000
		自己負担免除者	22,000	/
自己負担免除者	生活保護受給者 ※生活保護受給証明書を提示した者のみ。生活保護受給証明書(写)と予診票を綴じ合わせてください。			
60歳以上65歳未満の免疫機能不全者	※疾患である旨の記載がある甘楽町発行の予診票を持参した者のみ。当該予診票を持参しない場合には、接種前に必ず甘楽町保健センター(0274-67-5159)までご連絡ください。			
特記事項				

### ・B類疾病予診のみ

22(B類)予診のみ	委託料金(消費税含む)	留意点
*引き続き医療となった場合を除く	/	

問い合わせ 甘楽町健康課保健係 TEL 0274-67-5159 FAX 0274-67-7066
--

令和8年度群馬県内相互乗り入れ予防接種料金表

市町村名	桐生市
------	-----

1 A類疾病

予防接種の種類		委託料金 (消費税10%含む)	接種上の留意点 (対象者、自己負担金等)
1 五種混合 (DPT-IPV-Hib)	1期 2~90月に至るまで	20,650	
2 三種混合 (DPT)	1期 2~90月に至るまで	9,920	
3 二種混合 (DT)	1期 3~90月に至るまで		標準的な接種期間は、小学校6年生とする。
	2期 11~13歳未満	6,340	
4 麻しん風しん混合	1期 12~24月に至るまで	特例措置	
		12,550	
	2期 ※	特例措置	
		11,120	
	5期 *	特例措置	
10,300			
5 麻しん	1期 12~24月に至るまで	特例措置	風しん罹患患者で、単抗原を希望する人のみ。
		8,980	
	2期 ※	特例措置	
		7,550	
6 風しん	1期 12~24月に至るまで	特例措置	麻しん罹患患者で、単抗原を希望する人のみ。
		8,990	
	2期 ※	特例措置	
		7,560	
	5期 *	特例措置	
6,730			
7 日本脳炎	1期 6~90月に至るまで	特例措置	基本的には、満3歳から実施。3歳未満に接種する場合は、事前に子育て相談課に確認する。 平成7年4月2日から平成19年4月1日生まれの者であって、生後90か月以上20歳未満の者  平成7年4月2日から平成19年4月1日生まれの者であって、生後90か月以上20歳未満の者
		8,040	
	2期 9~13歳未満	特例措置	
		7,220	
8 BCG	12月に至るまで	13,050	
9 ポリオ (IPV)	1期 2~90月に至るまで	10,580	
10 ヒトパピローマウイルス感染症 (HPVワクチン)	9価 小6~高1相当の女子	28,720	
11 ヒブ	2~60月に至るまで	10,020	
12 小児用肺炎球菌	15価 2~60月に至るまで	12,510	
	20価 2~60月に至るまで	12,510	
13 水痘	12~36月に至るまで	10,850	
14 B型肝炎	12月に至るまで	7,780	
15 ロタウイルス感染症	1価 6週0日後~24週0日後	16,290	
	5価 6週0日後~32週0日後	11,260	
16 RSウイルス感染症	妊娠28週~妊娠37週に至るまで	30,090	
17 (A類) 予診のみ	90月未満	1,820	
*引き続き医療となった場合を除く	その他	1,400	
<p>特記事項 ・ A類、B類は、請求書を分けて提出してください。報告書兼請求書提出の際は、<b>両面印刷</b>をお願いいたします。  ・ 接種時に転出した場合は、支払いができませんので、住所地の確認をお願いします。</p>			

※ 5歳以上7歳未満の者であって、小学校就学の始期に達する日の1年前の日から当該始期に達する日の前日までの間にある者

\* 昭和37年~昭和54年生まれの男性で、令和6年度末までに風しん抗体検査を実施し陰性だったもの

## 2 B類疾病(1)

### ・高齢者インフルエンザ

接種期間	令和8年10月1日 ~ 令和9年1月30日		
対象者	①	接種日当日に65歳以上の者	
	②	60歳以上65歳未満の者であって、心臓、腎臓もしくは呼吸器の機能またはヒト免疫不全ウイルスによる免疫の機能に障害を有する者	
予防接種の種類	委託料金(消費税10%含む)		接種上の留意点
		市町村負担額	
18インフルエンザ	自己負担徴収者	4,290	1,000
	自己負担免除者	5,290	
自己負担免除者	<ul style="list-style-type: none"> <li>生活保護受給者で、本人からの申請により対象になります。</li> <li>申し出があった場合は、「負担金免除申請書」を本人に記入してもらい、請求時に予診票と一緒に提出してください。「負担金免除申請書」がない場合はFAXでお送りしますので、接種前に桐生市へ電話連絡してください。</li> </ul>		
60歳以上65歳未満の心・腎・肺等機能不全者	<ul style="list-style-type: none"> <li>対象者には事前に予診票を配付しています。</li> <li>予診票を持参しない人に接種する場合、接種前に桐生市へ電話連絡し、対象かどうか確認をしてください。</li> </ul>		
特記事項	<ul style="list-style-type: none"> <li>今年度から氏名、住所等を印字した予診票を9月上旬に対象者へ郵送します。新型コロナ予診票と同封します。(インフルエンザの受診券シールは廃止されます)</li> <li>予診票用紙がない場合は、マイナ保険証等で住所を確認の上、相互乗り入れ予診票をお使いください。</li> <li>報告書兼請求書提出の際は、<b>両面印刷</b>でお願いいたします。</li> </ul>		

### ・高齢者新型コロナウイルス感染症

接種期間	令和8年10月1日 ~ 令和9年1月30日		
対象者	①	接種日当日に65歳以上の者	
	②	60歳以上65歳未満の者であって、心臓、腎臓もしくは呼吸器の機能またはヒト免疫不全ウイルスによる免疫の機能に障害を有する者	
予防接種の種類	委託料金(消費税10%含む)		接種上の留意点
		市町村負担額	
19新型コロナウイルス感染症	自己負担徴収者	12,740	3,000
	自己負担免除者	15,740	
自己負担免除者	<ul style="list-style-type: none"> <li>生活保護受給者で、本人からの申請により対象になります。</li> <li>申し出があった場合は、「負担金免除申請書」を本人に記入してもらい、請求時に予診票と一緒に提出してください。「負担金免除申請書」がない場合はFAXでお送りしますので、接種前に桐生市へ電話連絡してください。</li> </ul>		
60歳以上65歳未満の心・腎・肺等機能不全者	<ul style="list-style-type: none"> <li>対象者には事前に予診票を配付しています。</li> <li>予診票を持参しない人に接種する場合、接種前に桐生市へ電話連絡し、対象かどうか確認をしてください。</li> </ul>		
特記事項	<ul style="list-style-type: none"> <li>対象者には氏名、住所等を印字した予診票を9月上旬に郵送します。インフルエンザ予診票も同封します。</li> <li>予診票用紙がない場合は、マイナ保険証等で住所を確認の上、相互乗り入れ予診票をお使いください。</li> <li>報告書兼請求書提出の際は、<b>両面印刷</b>でお願いいたします。</li> </ul>		

### ・高齢者用肺炎球菌

接種期間	令和8年4月1日 ~ 令和9年3月31日		
対象者	①	65歳の者(65歳の誕生日の前日から66歳の誕生日を迎える前日まで)	
	②	60歳以上65歳未満の者であって、心臓、腎臓もしくは呼吸器の機能またはヒト免疫不全ウイルスによる免疫の機能に障害を有する者	
予防接種の種類	委託料金(消費税10%含む)		接種上の留意点
		市町村負担額	
20高齢者用肺炎球菌	自己負担徴収者	8,720	3,000
	自己負担免除者	11,720	
自己負担免除者	<ul style="list-style-type: none"> <li>生活保護受給者で、本人からの申請により対象になります。</li> <li>申し出があった場合は、「負担金免除申請書」を本人に記入してもらい、請求時に予診票と一緒に提出してください。「負担金免除申請書」がない場合はFAXでお送りしますので、接種前に桐生市へ電話連絡してください。</li> </ul>		
60歳以上65歳未満の心・腎・肺等機能不全者	<ul style="list-style-type: none"> <li>対象者には事前に予診票を配付しています。</li> <li>予診票を持参しない人に接種する場合、接種前に桐生市へ電話連絡し、対象かどうか確認をしてください。</li> </ul>		
特記事項	<ul style="list-style-type: none"> <li>対象者には65歳になった翌月に予診票を郵送しています。予診票がない場合は、桐生市へ連絡し確認してから相互乗り入れ予診票で接種してください。</li> <li>報告書兼請求書提出の際は、<b>両面印刷</b>でお願いいたします。</li> </ul>		

## 2 B類疾病(2)

### ・高齢者帯状疱疹

接種期間	令和8年4月1日 ~ 令和9年3月31日			
対象者	① 令和8年度中に65歳、70歳、75歳、80歳、85歳、90歳、95歳、100歳となる者			
	② 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に障害を有する者			
予防接種の種類		委託料金(消費税10%含む)		接種上の留意点
		市町村負担額	自己負担額	
21 高齢者帯状疱疹	生ワクチン	自己負担徴収者	6,750	2,000
		自己負担免除者	8,750	
	不活化ワクチン	自己負担徴収者	15,950	6,000
		自己負担免除者	21,950	
自己負担免除者	<ul style="list-style-type: none"> <li>生活保護受給者で、本人からの申請により対象になります。</li> <li>申し出があった場合は、「負担金免除申請書」を本人に記入してもらい、請求時に予診票と一緒に提出してください。「負担金免除申請書」がない場合はFAXでお送りしますので、接種前に桐生市へ電話連絡してください。</li> </ul>			
60歳以上65歳未満の免疫機能不全者	<ul style="list-style-type: none"> <li>対象者には事前に予診票を配付しています。</li> <li>予診票を持参しない人に接種する場合、接種前に桐生市へ電話連絡し、対象かどうか確認をしてください。</li> </ul>			
特記事項	<ul style="list-style-type: none"> <li>対象者には4月上旬に予診票を郵送しています。予診票がない場合は、桐生市へ連絡し確認してから相互乗り入れ予診票で接種してください。</li> <li>報告書兼請求書提出の際は、<b>両面印刷</b>をお願いいたします。</li> </ul>			

### ・B類疾病予診のみ

22 (B類) 予診のみ	委託料金(消費税含む)	留意点
*引き続き医療となった場合を除く	1,400	

問い合わせ

A類 桐生市 子育て相談課 母子保健係  
〒376-0045 桐生市末広町13番地の4  
TEL 0277-43-2003  
FAX 0277-47-1151

B類 桐生市 健康地域医療課 地域医療係  
〒376-8501 桐生市織姫町1-1  
TEL 0277-44-8250  
FAX 0277-45-2940

令和8年度群馬県内相互乗り入れ予防接種料金表

市町村名	草津町
------	-----

1 A類疾病

予防接種の種類		委託料金 (消費税10%含む)	接種上の留意点 (対象者、自己負担金等)
1 五種混合 (DPT-IPV-Hib)	1期 2~90月に至るまで	20,500	
2 三種混合 (DPT)	1期 2~90月に至るまで	9,300	
3 二種混合 (DT)	1期 3~90月に至るまで	6,700	
	2期 11~13歳未満	6,000	
4 麻しん風しん混合	1期 12~24月に至るまで	10,700	
	特例措置	10,700	
	2期 ※	10,700	
	特例措置	10,700	
	5期 *		
5 麻しん	1期 12~24月に至るまで		
	特例措置		
	2期 ※		
	特例措置		
6 風しん	1期 12~24月に至るまで	7,200	
	特例措置	7,200	
	2期 ※	7,200	
	特例措置	7,200	
	5期 *		
7 日本脳炎	1期 6~90月に至るまで	7,600	
	特例措置	7,600	
	2期 9~13歳未満	6,900	
	特例措置	6,900	
8 BCG	12月に至るまで	11,600	
9 ポリオ (IPV)	1期 2~90月に至るまで		
10 ヒトパピローマウイルス感染症 (HPVワクチン)	9価 小6~高1相当の女子	29,500	
11 ヒブ	2~60月に至るまで	9,000	
12 小児用肺炎球菌	15価 2~60月に至るまで	11,900	
	20価 2~60月に至るまで	12,000	
13 水痘	12~36月に至るまで	9,000	
14 B型肝炎	12月に至るまで	6,900	
15 ロタウイルス感染症	1価 6週0日後~24週0日後	14,500	
	5価 6週0日後~32週0日後	10,400	
16 RSウイルス感染症	妊娠28週~妊娠37週に至るまで	31,900	
17 (A類) 予診のみ	90月未満		
*引き続き医療となった場合を除く	その他		
特記事項			

※ 5歳以上7歳未満の者であって、小学校就学の始期に達する日の1年前の日から当該始期に達する日の前日までの間にある者  
 \* 昭和37年~昭和54年生まれの男性で、令和6年度末までに風しん抗体検査を実施し陰性だったもの

## 2 B類疾病(1)

## ・高齢者インフルエンザ

接種期間	令和8年10月1日～令和9年3月31日		
対象者	① 接種日当日に65歳以上の者		
	② 60歳以上65歳未満の者であって、心臓、腎臓もしくは呼吸器の機能またはヒト免疫不全ウイルスによる免疫の機能に障害を有する者		
予防接種の種類	委託料金(消費税10%含む)		接種上の留意点
	市町村負担額	自己負担額	
18インフルエンザ	自己負担徴収者	3,500	1,000
	自己負担免除者	4,500	
自己負担免除者	被生活保護者		
60歳以上65歳未満の心・腎・肺等機能不全者			
特記事項 被生活保護者については本人より口頭による申請があった場合には接種前に草津町健康推進課にて確認をしてください。【草津町健康推進課(保健センター):0279-88-5797】			

## ・高齢者新型コロナウイルス感染症

接種期間	令和8年10月1日～令和9年3月31日		
対象者	① 接種日当日に65歳以上の者		
	② 60歳以上65歳未満の者であって、心臓、腎臓もしくは呼吸器の機能またはヒト免疫不全ウイルスによる免疫の機能に障害を有する者		
予防接種の種類	委託料金(消費税10%含む)		接種上の留意点
	市町村負担額	自己負担額	
19新型コロナウイルス感染症	自己負担徴収者	9,600	6,000
	自己負担免除者	15,600	
自己負担免除者	被生活保護者		
60歳以上65歳未満の心・腎・肺等機能不全者			
特記事項 被生活保護者については本人より口頭による申請があった場合には接種前に草津町健康推進課にて確認をしてください。【草津町健康推進課(保健センター):0279-88-5797】			

## ・高齢者用肺炎球菌

接種期間	令和8年4月1日～令和9年3月31日		
対象者	① 65歳の者(65歳の誕生日の前日から66歳の誕生日を迎える前日まで)		
	② 60歳以上65歳未満の者であって、心臓、腎臓もしくは呼吸器の機能またはヒト免疫不全ウイルスによる免疫の機能に障害を有する者		
予防接種の種類	委託料金(消費税10%含む)		接種上の留意点
	市町村負担額	自己負担額	
20高齢者用肺炎球菌	自己負担徴収者	8,800	3,000
	自己負担免除者	11,800	
自己負担免除者	被生活保護者		
60歳以上65歳未満の心・腎・肺等機能不全者			
特記事項 被生活保護者については本人より口頭による申請があった場合には接種前に草津町健康推進課にて確認をしてください。【草津町健康推進課(保健センター):0279-88-5797】			

## 2 B類疾病（2）

### ・高齢者帯状疱疹

接種期間		令和8年4月1日 ～ 令和9年3月31日		
対象者		① 令和8年度中に65歳、70歳、75歳、80歳、85歳、90歳、95歳、100歳となる者		
		② 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に障害を有する者		
予防接種の種類		委託料金（消費税10%含む）		接種上の留意点
		市町村負担額	自己負担額	
21高齢者帯状疱疹	生ワクチン	自己負担徴収者	4,500	4,400
		自己負担免除者	8,900	
	不活化ワクチン	自己負担徴収者	11,100	11,000
		自己負担免除者	22,100	
自己負担免除者		被生活保護者		
60歳以上65歳未満の免疫機能不全者				
特記事項 被生活保護者については本人より口頭による申請があった場合には接種前に草津町健康推進課にて確認をしてください。【草津町健康推進課（保健センター）：0279-88-5797】				

### ・B類疾病予診のみ

22（B類）予診のみ	委託料金（消費税含む）	留意点
*引き続き医療となった場合を除く		

#### 問い合わせ

草津町役場愛町部健康推進課 野田・長井

TEL 0279-88-5797

FAX 0279-88-1055

1 A類疾病

予防接種の種類		委託料金 (消費税10%含む)	接種上の留意点 (対象者、自己負担金等)
1 五種混合 (DPT-IPV-Hib)	1期	3歳未満	21,890
		3歳以上	20,460
2 三種混合 (DPT)	1期	2~90月に至るまで	10,266
3 二種混合 (DT)	1期	3~90月に至るまで	7,750
	2期	11~13歳未満	7,750
4 麻しん風しん混合	1期	12~24月に至るまで	12,256
		特例措置	12,256
	2期	※	10,831
		特例措置	10,831
	5期	*	10,142
5 麻しん	1期	12~24月に至るまで	8,030
		特例措置	8,030
	2期	※	8,030
		特例措置	8,030
6 風しん	1期	12~24月に至るまで	6,600
		特例措置	6,600
	2期	※	6,600
		特例措置	6,600
	5期	*	6,600
7 日本脳炎	1期	6~90月に至るまで	7,542
		特例措置	7,123
	2期	9~13歳未満	7,123
		特例措置	7,123
8 BCG	12月に至るまで		12,903
9 ポリオ (IPV)	1期	2~90月に至るまで	10,318
10 ヒトパピローマ ウイルス感染症 (HPVワクチン)	9価	小6~高1相当の女子	28,248
11 ヒブ	3歳未満		10,440
	3歳以上		9,010
12 小児用肺炎球菌	15価	2~60月に至るまで	12,243
	20価	2~60月に至るまで	12,243
13 水痘	12~36月に至るまで		9,405
14 B型肝炎	12月に至るまで		7,639
15 ロタウイルス 感染症	1価	6週0日後~24週0日後	15,625
	5価	6週0日後~32週0日後	10,598
16 RSウイルス感染症	妊娠28週~妊娠37週に至るまで		30,500
17 (A類) 予診のみ *引き続き医療となった 場合を除く	90月未満		1,100
	その他		1,100
特記事項			

※5歳以上7歳未満の者であって、小学校就学の始期に達する日の1年前の日から当該始期に達する日の前日までの間にある者

\*昭和37年~昭和54年生まれの男性で、令和6年度末までに風しん抗体検査を実施し陰性だったもの

## 2 B類疾病(1)

## ・高齢者インフルエンザ

接種期間	令和8年10月1日～令和9年1月31日		
対象者	① 接種日当日に65歳以上の者		
	② 60歳以上65歳未満の者であって、心臓、腎臓もしくは呼吸器の機能またはヒト免疫不全ウイルスによる免疫の機能に障害を有する者		
予防接種の種類	委託料金(消費税10%含む)		接種上の留意点
	市町村負担額	自己負担額	
18インフルエンザ	自己負担徴収者	3,615	1,500
	自己負担免除者	5,115	
自己負担免除者	生活保護受給者が対象です。本人の口頭による申請があった場合は、接種前に渋川市へ電話で確認してください。予診票右上の市町村確認欄に確認した日付を記入し、「該当」に○をつけてください。		
60歳以上65歳未満の心・腎・肺等機能不全者	予診票住所欄の上の「接種当日60歳～64歳で、心臓、腎臓、もしくは呼吸器等の機能に極度の障害を有する」にチェックを入れ、慢性疾患を問う欄に病名を入れてください。		
特記事項	・必ず、マイナンバーカード等で接種当日の年齢、住所を確認してください。		

## ・高齢者新型コロナウイルス感染症

接種期間	令和8年10月1日～令和9年3月31日		
対象者	① 接種日当日に65歳以上の者		
	② 60歳以上65歳未満の者であって、心臓、腎臓もしくは呼吸器の機能またはヒト免疫不全ウイルスによる免疫の機能に障害を有する者		
予防接種の種類	委託料金(消費税10%含む)		接種上の留意点
	市町村負担額	自己負担額	
19新型コロナウイルス感染症	自己負担徴収者	14,300	1,500
	自己負担免除者	15,800	
自己負担免除者	生活保護受給者が対象です。本人の口頭による申請があった場合は、接種前に渋川市へ電話で確認してください。予診票右上の市町村確認欄に確認した日付を記入し、「該当」に○をつけてください。		
60歳以上65歳未満の心・腎・肺等機能不全者	予診票住所欄の上の「接種当日60歳～64歳で、心臓、腎臓、もしくは呼吸器等の機能に極度の障害を有する」にチェックを入れ、慢性疾患を問う欄に病名を入れてください。		
特記事項	・必ず、マイナンバーカード等で接種当日の年齢、住所を確認してください。		

## ・高齢者用肺炎球菌

接種期間	令和8年4月1日～令和9年3月31日		
対象者	① 65歳の者(65歳の誕生日の前日から66歳の誕生日を迎える前日まで)		
	② 60歳以上65歳未満の者であって、心臓、腎臓もしくは呼吸器の機能またはヒト免疫不全ウイルスによる免疫の機能に障害を有する者		
予防接種の種類	委託料金(消費税10%含む)		接種上の留意点
	市町村負担額	自己負担額	
20高齢者用肺炎球菌	自己負担徴収者	11,260	3,000
	自己負担免除者	14,260	
自己負担免除者	生活保護受給者が対象です。本人の口頭による申請があった場合は、接種前に渋川市へ電話で確認してください。予診票右上の市町村確認欄に確認した日付を記入し、「該当」に○をつけてください。		
60歳以上65歳未満の心・腎・肺等機能不全者	対象者となるかをご確認の上、予診票の慢性疾患を問う欄に病名を入れてください。		
特記事項	・必ず、マイナンバーカード等で接種当日の年齢、住所を確認してください。		

## 2 B類疾病(2)

### ・高齢者带状疱疹

接種期間	令和8年4月1日 ~ 令和9年3月31日			
対象者	①	令和8年度中に65歳、70歳、75歳、80歳、85歳、90歳、95歳、100歳となる者		
	②	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に障害を有する者		
予防接種の種類		委託料金(消費税10%含む)		接種上の留意点
		市町村負担額	自己負担額	
21高齢者带状疱疹	生ワクチン	自己負担徴収者	6,860	2,000
		自己負担免除者	8,860	
	不活化ワクチン	自己負担徴収者	16,060	6,000
		自己負担免除者	22,060	
自己負担免除者	生活保護受給者が対象です。本人の口頭による申請があった場合は、接種前に波川市へ電話で確認してください。予診票右上の市町村確認欄に確認した日付を記入し、「該当」に○をつけてください。			
60歳以上65歳未満の免疫機能不全者	対象となるかをご確認の上、予診票の慢性疾患を問う欄に病名を入れてください。			
特記事項 ・必ず、マイナンバーカード等で接種当日の年齢、住所を確認してください。				

### ・B類疾病予診のみ

22(B類)予診のみ	委託料金(消費税含む)	留意点
*引き続き医療となった場合を除く		

#### 問い合わせ

波川市健康増進課管理予防係 須田・小幡  
 TEL 0279-25-1321  
 FAX 0279-20-1037

## 令和8年度群馬県内相互乗り入れ予防接種料金表

市町村名

下仁田町

## 1 A類疾病

予防接種の種類		委託料金 (消費税10%含む)	接種上の留意点 (対象者、自己負担金等)
1 五種混合 (DPT-IPV-Hib)	1期	2～90月に至るまで 21,000	
2 三種混合 (DPT)	1期	2～90月に至るまで 9,450	
3 二種混合 (DT)	1期	3～90月に至るまで	
	2期	11～13歳未満 6,250	
4 麻しん風しん混合	1期	12～24月に至るまで 11,530	
		特例措置 11,530	
	2期	※ 11,530	
		特例措置 11,530	
	5期	* 9,850	
5 麻しん	1期	12～24月に至るまで 8,720	
		特例措置 8,720	
	2期	※ 8,720	
		特例措置 8,720	
6 風しん	1期	12～24月に至るまで 8,720	
		特例措置 8,720	
	2期	※ 8,720	
		特例措置 8,720	
	5期	* 8,850	
7 日本脳炎	1期	6～90月に至るまで 7,320	
		特例措置 6,820	
	2期	9～13歳未満 6,820	
		特例措置 6,820	
8 BCG	12月に至るまで	12,430	
9 ポリオ (IPV)	1期	2～90月に至るまで 10,030	
10 ヒトパピローマ ウイルス感染症 (HPVワクチン)	9価	小6～高1相当の女子 28,310	
11 ヒブ	2～60月に至るまで	9,100	
12 小児用肺炎球菌	15価	2～60月に至るまで 11,930	
	20価	2～60月に至るまで 11,930	
13 水痘	12～36月に至るまで	9,830	
14 B型肝炎	12月に至るまで	7,820	
15 ロタウイルス 感染症	1価	6週0日後～24週0日後 14,530	
	5価	6週0日後～32週0日後 9,520	
16 RSウイルス感染症	妊娠28週～妊娠37週に至るまで	30,500	
17 (A類) 予診のみ	90未満	1,100	
*引き続き医療となった 場合を除く	その他	1,100	
特記事項			

※ 5歳以上7歳未満の者であって、小学校就学の始期に達する日の1年前の日から当該始期に達する日の前日までの間にある者

\* 昭和37年～昭和54年生まれの男性で、令和6年度末までに風しん抗体検査を実施し陰性だったもの

## 2 B類疾病（1）

### ・高齢者インフルエンザ

接種期間	令和8年10月1日 ～ 令和9年1月31日		
対象者	① 接種日当日に65歳以上の者		
	② 60歳以上65歳未満の者であって、心臓、腎臓もしくは呼吸器の機能またはヒト免疫不全ウイルスによる免疫の機能に障害を有する者		
予防接種の種類	委託料金（消費税10%含む）		接種上の留意点
	市町村負担額	自己負担額	
18インフルエンザ	自己負担徴収者	3,400	1,500
	自己負担免除者	4,900	
自己負担免除者	・生活保護の実施主体が発行した「生活保護受給証明書」を持参した者		
60歳以上65歳未満の心・腎・肺等機能不全者	・下仁田町発行の予診票を持参した者 ※予診票を持参していない場合は、接種前に下仁田町保健課へ確認してください。		
特記事項 ただし標準量ワクチンの場合の委託料金となり、高用量ワクチンの金額は未定。 富岡市甘楽郡医師会管内で協議の上、10月1日付の変更契約を行う。			

### ・高齢者新型コロナウイルス感染症

接種期間	令和8年10月1日 ～ 令和9年3月31日		
対象者	① 接種日当日に65歳以上の者		
	② 60歳以上65歳未満の者であって、心臓、腎臓もしくは呼吸器の機能またはヒト免疫不全ウイルスによる免疫の機能に障害を有する者		
予防接種の種類	委託料金（消費税10%含む）		接種上の留意点
	市町村負担額	自己負担額	
19新型コロナウイルス感染症	自己負担徴収者	12,600	3,000
	自己負担免除者	15,600	
自己負担免除者	・生活保護の実施主体が発行した「生活保護受給証明書」を持参した者		
60歳以上65歳未満の心・腎・肺等機能不全者	・下仁田町発行の予診票を持参した者 ※予診票を持参していない場合は、接種前に下仁田町保健課へ確認してください。		
特記事項			

### ・高齢者用肺炎球菌

接種期間	令和8年4月1日 ～ 令和9年3月31日		
対象者	① 65歳の者（65歳の誕生日の前日から66歳の誕生日を迎える前日まで）		
	② 60歳以上65歳未満の者であって、心臓、腎臓もしくは呼吸器の機能またはヒト免疫不全ウイルスによる免疫の機能に障害を有する者		
予防接種の種類	委託料金（消費税10%含む）		接種上の留意点
	市町村負担額	自己負担額	
20高齢者用肺炎球菌	自己負担徴収者	8,700	3,000
	自己負担免除者	11,700	
自己負担免除者	・生活保護の実施主体が発行した「生活保護受給証明書」を持参した者		
60歳以上65歳未満の心・腎・肺等機能不全者	・下仁田町発行の予診票を持参した者 ※予診票を持参していない場合は、接種前に下仁田町保健課へ確認してください。		
特記事項			

## 2 B類疾病(2)

## ・高齢者帯状疱疹

接種期間	令和8年4月1日 ~ 令和9年3月31日			
対象者	①	令和8年度中に65歳、70歳、75歳、80歳、85歳、90歳、95歳、100歳となる者		
	②	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に障害を有する者		
予防接種の種類		委託料金(消費税10%含む)		接種上の留意点
		市町村負担額	自己負担額	
21高齢者帯状疱疹	生ワクチン	自己負担徴収者	4,600	4,000
		自己負担免除者	8,600	
	不活化ワクチン	自己負担徴収者	12,000	10,000
		自己負担免除者	22,000	
自己負担免除者	・生活保護の実施主体が発行した「生活保護受給証明書」を持参した者			
60歳以上65歳未満の免疫機能不全者	・下仁田町発行の予診票を持参した者 ※予診票を持参していない場合は、接種前に下仁田町保健課へ確認してください。			
特記事項				

## ・B類疾病予診のみ

22(B類)予診のみ	委託料金(消費税含む)	留意点
*引き続き医療となった場合を除く		

問い合わせ

下仁田町保健課 保健係

TEL 0274-82-5490

FAX 0274-70-3013

令和8年度群馬県内相互乗り入れ予防接種料金表

市町村名	昭和村
------	-----

1 A類疾病

予防接種の種類		委託料金 (消費税10%含む)	接種上の留意点 (対象者、自己負担金等)	
1 五種混合 (DPT-IPV-Hib)	1期	2~90月に至るまで	20,770	長期療養特例措置者は村に問い合わせ
	2期	2~90月に至るまで	11,240	長期療養特例措置者は村に問い合わせ
2 三種混合 (DPT)	1期	3~90月に至るまで	8,600	長期療養特例措置者は村に問い合わせ
	2期	11~13歳未満	6,340	長期療養特例措置者は村に問い合わせ
3 二種混合 (DT)	1期	12~24月に至るまで	12,570	長期療養特例措置者は村に問い合わせ
		特例措置	12,570	長期療養特例措置者は村に問い合わせ
	2期	※	11,140	長期療養特例措置者は村に問い合わせ
		特例措置	11,140	長期療養特例措置者は村に問い合わせ
	5期	*	10,527	長期療養特例措置者は村に問い合わせ
4 麻疹風しん混合	1期	12~24月に至るまで	9,010	特別な理由がない場合は、原則混合ワクチンを奨励して下さい
		特例措置	9,010	特別な理由がない場合は、原則混合ワクチンを奨励して下さい
	2期	※	7,580	特別な理由がない場合は、原則混合ワクチンを奨励して下さい
		特例措置	7,580	特別な理由がない場合は、原則混合ワクチンを奨励して下さい
5 麻疹	1期	12~24月に至るまで	9,010	特別な理由がない場合は、原則混合ワクチンを奨励して下さい
		特例措置	9,010	特別な理由がない場合は、原則混合ワクチンを奨励して下さい
	2期	※	7,580	特別な理由がない場合は、原則混合ワクチンを奨励して下さい
		特例措置	7,580	特別な理由がない場合は、原則混合ワクチンを奨励して下さい
6 風しん	1期	12~24月に至るまで	9,010	特別な理由がない場合は、原則混合ワクチンを奨励して下さい
		特例措置	9,010	特別な理由がない場合は、原則混合ワクチンを奨励して下さい
	2期	※	7,580	特別な理由がない場合は、原則混合ワクチンを奨励して下さい
		特例措置	7,580	特別な理由がない場合は、原則混合ワクチンを奨励して下さい
7 日本脳炎	1期	6~90月に至るまで	8,050	長期療養特例措置者は村に問い合わせ
		特例措置	7,220	
	2期	9~13歳未満	7,220	長期療養特例措置者は村に問い合わせ
		特例措置	7,220	
8 BCG	12月に至るまで		13,220	長期療養特例措置者は村に問い合わせ
9 ポリオ (IPV)	1期	2~90月に至るまで	10,630	長期療養特例措置者は村に問い合わせ
10 ヒトパピローマ ウイルス感染症 (HPVワクチン)	9価	小6~高1相当の女子	28,210	長期療養特例措置者は村に問い合わせ
11 ヒブ	2~60月に至るまで		9,540	長期療養特例措置者は村に問い合わせ
12 小児用肺炎球菌	15価	2~60月に至るまで	12,560	長期療養特例措置者は村に問い合わせ
	20価	2~60月に至るまで	12,560	長期療養特例措置者は村に問い合わせ
13 水痘	12~36月に至るまで		9,590	長期療養特例措置者は村に問い合わせ
14 B型肝炎	12月に至るまで		7,210	長期療養特例措置者は村に問い合わせ
15 ロタウイルス 感染症	1価	6週0日後~24週0日後	15,310	
	5価	6週0日後~32週0日後	10,280	
16 RSウイルス感染症	妊娠28週~妊娠37週に至るまで		30,090	
17 (A類) 予診のみ *引き続き医療となった 場合を除く	90月未満			
	その他			
特記事項				

※5歳以上7歳未満の者であって、小学校就学の始期に達する日の1年前の日から当該始期に達する日の前日までの間にある者

\*昭和37年~昭和54年生まれの男性で、令和6年度末までに風しん抗体検査を実施し陰性だったもの

## 2 B類疾病（1）

### ・高齢者インフルエンザ

接種期間	令和 8 年 10 月 1 日 ~ 令和 9 年 1 月 31 日		
対象者	① 接種日当日に 65 歳以上の者		
	② 60 歳以上 65 歳未満の者であって、心臓、腎臓もしくは呼吸器の機能またはヒト免疫不全ウイルスによる免疫の機能に障害を有する者		
予防接種の種類	委託料金（消費税 10% 含む）		接種上の留意点
	市町村負担額	自己負担額	
18 インフルエンザ	自己負担徴収者	3,800	1,200
	自己負担免除者	5,000	
自己負担免除者	生活保護受給者		
60 歳以上 65 歳未満の心・腎・肺等機能不全者	昭和村に問い合わせ		
特記事項			

### ・高齢者新型コロナウイルス感染症

接種期間	令和 8 年 10 月 1 日 ~ 令和 9 年 3 月 31 日		
対象者	① 接種日当日に 65 歳以上の者		
	② 60 歳以上 65 歳未満の者であって、心臓、腎臓もしくは呼吸器の機能またはヒト免疫不全ウイルスによる免疫の機能に障害を有する者		
予防接種の種類	委託料金（消費税 10% 含む）		接種上の留意点
	市町村負担額	自己負担額	
19 新型コロナウイルス感染症	自己負担徴収者	10,670	5,000
	自己負担免除者	15,670	
自己負担免除者	生活保護受給者		
60 歳以上 65 歳未満の心・腎・肺等機能不全者	昭和村に問い合わせ		
特記事項			

### ・高齢者用肺炎球菌

接種期間	令和 8 年 4 月 1 日 ~ 令和 9 年 3 月 31 日		
対象者	① 65 歳の者（65 歳の誕生日の前日から 66 歳の誕生日を迎える前日まで）		
	② 60 歳以上 65 歳未満の者であって、心臓、腎臓もしくは呼吸器の機能またはヒト免疫不全ウイルスによる免疫の機能に障害を有する者		
予防接種の種類	委託料金（消費税 10% 含む）		接種上の留意点
	市町村負担額	自己負担額	
20 高齢者用肺炎球菌	自己負担徴収者	7,720	4,000
	自己負担免除者	11,720	
自己負担免除者	生活保護受給者		
60 歳以上 65 歳未満の心・腎・肺等機能不全者	昭和村に問い合わせ		
特記事項			

## 2 B類疾病(2)

### ・高齢者带状疱疹

接種期間	令和8年4月1日～令和9年3月31日			
対象者	① 令和8年度中に65歳、70歳、75歳、80歳、85歳、90歳、95歳、100歳となる者			
	② 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に障害を有する者			
予防接種の種類		委託料金(消費税10%含む)		接種上の留意点
		市町村負担額	自己負担額	
21高齢者带状疱疹	生ワクチン	自己負担徴収者	4,860	4,000
		自己負担免除者	8,860	/
	不活化ワクチン	自己負担徴収者	15,060	7,000
		自己負担免除者	22,060	/
自己負担免除者	生活保護受給者			
60歳以上65歳未満の免疫機能不全者	昭和村に問い合わせ			
特記事項 不活化ワクチンの場合は年度内(令和9年3月31日まで)に2回目を接種完了できるようにご配慮ください。 2回目が次年度になる場合は、役場にて対象者本人による申請が必要となります。				

### ・B類疾病予診のみ

22(B類) 予診のみ	委託料金(消費税含む)	留意点
*引き続き医療となった場合を除く	/	

#### 問い合わせ

昭和村役場 健康福祉課健康係  
 TEL 0278-25-3285  
 FAX 0278-24-5254

## 令和8年度群馬県内相互乗り入れ予防接種料金表

市町村名

榛東村

## 1 A類疾病

予防接種の種類		委託料金 (消費税10%含む)	接種上の留意点 (対象者、自己負担金等)
1 五種混合 (DPT-IPV-Hib)	1期	2～36月未満	21,890
		36～90月に至るまで	20,460
2 三種混合 (DPT)	1期	2～90月に至るまで	10,266
3 二種混合 (DT)	1期	3～90月に至るまで	7,750
	2期	11～13歳未満	7,750
4 麻しん風しん混合	1期	12～24月に至るまで	12,256
		特例措置	12,256
	2期	※	10,831
		特例措置	10,831
	5期	*	10,142
5 麻しん	1期	12～24月に至るまで	8,030
		特例措置	8,030
	2期	※	8,030
		特例措置	8,030
6 風しん	1期	12～24月に至るまで	6,600
		特例措置	6,600
	2期	※	6,600
		特例措置	6,600
	5期	*	6,600
7 日本脳炎	1期	6～90月に至るまで	7,542
		特例措置	7,123
	2期	9～13歳未満	7,123
		特例措置	7,123
8 BCG	12月に至るまで		12,903
9 ポリオ (IPV)	1期	2～90月に至るまで	10,318
10 ヒトパピローマ ウイルス感染症 (HPVワクチン)	9価	小6～高1相当の女子	28,248
11 ヒブ	2～36月未満		10,440
	36～90月に至るまで		9,010
12 小児用肺炎球菌	15価	2～60月に至るまで	12,243
	20価	2～60月に至るまで	12,243
13 水痘	12～36月に至るまで		9,405
14 B型肝炎	12月に至るまで		7,639
15 ロタウイルス 感染症	1価	6週0日後～24週0日後	15,625
	5価	6週0日後～32週0日後	10,598
16 RSウイルス感染症	妊娠28週～妊娠37週に至るまで		30,500
17 (A類) 予診のみ *引き続き医療となった 場合を除く	90月未満		1,100
	その他		1,100
特記事項			

※5歳以上7歳未満の者であって、小学校就学の始期に達する日の1年前の日から当該始期に達する日の前日までの間にある者

\*昭和37年～昭和54年生まれの男性で、令和6年度末までに風しん抗体検査を実施し陰性だったもの

## 2 B類疾病(1)

### ・高齢者インフルエンザ

接種期間	令和8年10月1日 ~ 令和9年1月31日		
対象者	① 接種日当日に65歳以上の者		
	② 60歳以上65歳未満の者であって、心臓、腎臓もしくは呼吸器の機能またはヒト免疫不全ウイルスによる免疫の機能に障害を有する者		
予防接種の種類	委託料金(消費税10%含む)		接種上の留意点
	市町村負担額	自己負担額	
18インフルエンザ	自己負担徴収者	未定	自己負担免除者
	自己負担免除者	未定	
自己負担免除者	生活保護受給者が対象です。本人の口頭による申請があった場合は、接種前に榛東村保健相談センターへ電話で確認してください。予診票右上の市町村確認済の欄に確認日と、「該当」に○を記入してください。		
60歳以上65歳未満の心・腎・肺等機能不全者	住所上欄の(接種当日60歳~65歳未満の者であって、心臓、腎臓、もしくは呼吸器の機能またはヒト免疫不全ウイルスによる免疫の機能に障害を有する者)を○で囲み、予診票上の慢性疾患を問う欄に病名を記入してください。		
特記事項	<p>・必ず健康保険証等で予診票に記載されている名前、接種当日の年齢、住所を確認してください。</p> <p>・予診票は9月下旬に対象者①へ郵送します。相互乗り入れの予診票でも接種可能です。</p> <p><b>・委託料金が秋頃決定予定のため、決定次第差し替えいたします。</b></p>		

### ・高齢者新型コロナウイルス感染症

接種期間	令和8年10月1日 ~ 令和9年3月31日		
対象者	① 接種日当日に65歳以上の者		
	② 60歳以上65歳未満の者であって、心臓、腎臓もしくは呼吸器の機能またはヒト免疫不全ウイルスによる免疫の機能に障害を有する者		
予防接種の種類	委託料金(消費税10%含む)		接種上の留意点
	市町村負担額	自己負担額	
19新型コロナウイルス感染症	自己負担徴収者	未定	自己負担免除者
	自己負担免除者	未定	
自己負担免除者	生活保護受給者が対象です。本人の口頭による申請があった場合は、接種前に榛東村保健相談センターへ電話で確認してください。予診票右上の市町村確認済の欄に確認日と、「該当」に○を記入してください。		
60歳以上65歳未満の心・腎・肺等機能不全者	住所上欄の(接種当日60歳~65歳未満の者であって、心臓、腎臓、もしくは呼吸器の機能またはヒト免疫不全ウイルスによる免疫の機能に障害を有する者)を○で囲み、予診票上の慢性疾患を問う欄に病名を記入してください。		
特記事項	<p>・必ず健康保険証等で予診票に記載されている名前、接種当日の年齢、住所を確認してください。</p> <p>・予診票は9月下旬に対象者①へ郵送します。相互乗り入れの予診票でも接種可能です。</p> <p><b>・委託料金が秋頃決定予定のため、決定次第差し替えいたします。</b></p>		

### ・高齢者用肺炎球菌

接種期間	令和8年4月1日 ~ 令和9年3月31日		
対象者	① 65歳の者(65歳の誕生日の前日から66歳の誕生日を迎える前日まで)		
	② 60歳以上65歳未満の者であって、心臓、腎臓もしくは呼吸器の機能またはヒト免疫不全ウイルスによる免疫の機能に障害を有する者		
予防接種の種類	委託料金(消費税10%含む)		接種上の留意点
	市町村負担額	自己負担額	
20高齢者用肺炎球菌	自己負担徴収者	12,260	自己負担免除者
	自己負担免除者	14,260	
自己負担免除者	生活保護受給者が対象です。本人の口頭による申請があった場合は、接種前に榛東村保健相談センターへ電話で確認してください。予診票右上の「市町村確認済」の欄に確認日と、「該当」に○をしてください。		
60歳以上65歳未満の心・腎・肺等機能不全者	該当者がいましたら、榛東村保健相談センターに予診票を取りに行くようご指導ください。また、予診票の慢性疾患を問う欄に病名を記入してください。		
特記事項	<p>・必ず健康保険証等で予診票に記載されている名前、接種当日の年齢、住所を確認してください。</p> <p>また、併せて過去の肺炎球菌ワクチンの接種歴もご確認ください。</p> <p>・予診票は65歳の誕生日翌月上旬に対象者①へ郵送予定です。</p>		

## 2 B類疾病(2)

### ・高齢者带状疱疹

接種期間	令和8年4月1日 ~ 令和9年3月31日			
対象者	① 令和8年度中に65歳、70歳、75歳、80歳、85歳、90歳、95歳、100歳となる者			
	② 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に障害を有する者			
予防接種の種類		委託料金(消費税10%含む)		接種上の留意点
		市町村負担額	自己負担額	
21高齢者带状疱疹	生ワクチン	自己負担徴収者	6,860	2,000
		自己負担免除者	8,860	
	不活化ワクチン	自己負担徴収者	16,060	6,000
		自己負担免除者	22,060	
自己負担免除者	生活保護受給者が対象です。本人の口頭による申請があった場合は、接種前に榛東村保健相談センターへ電話で確認してください。予診票右上の「市町村確認済」の欄に確認日と、「該当」に○をしてください。			
60歳以上65歳未満の免疫機能不全者	該当者がいましたら、榛東村保健相談センターに予診票を取りに行くようご指導ください。また、予診票の慢性疾患を問う欄に病名を記入してください。			
<b>特記事項</b> ・必ず健康保険証等で予診票に記載されている名前、接種当日の年齢、住所を確認してください。 また、あわせて過去の带状疱疹ワクチンの接種歴もご確認ください。 ・予診票は3月下旬に対象者①へ郵送予定です。相互乗り入れの予診票でも接種可能です。				

### ・B類疾病予診のみ

22(B類)予診のみ	委託料金(消費税含む)	留意点
*引き続き医療となった場合を除く		

#### 問い合わせ

榛東村保健相談センター

TEL 0279-70-8052

FAX 0279-55-0194

## 令和8年度群馬県内相互乗り入れ予防接種料金表

市町村名

高崎市

## 1 A類疾病

予防接種の種類			委託料金 (消費税10%含む)	接種上の留意点 (対象者、自己負担金等)
1 五種混合 (DPT-IPV-Hib)	1期	2～90月に至るまで	3歳未満 21,901円 3歳以上 20,471円	3歳未満・3歳以上で委託料が異なります
	2期	2～90月に至るまで	3歳未満 11,176円 3歳以上 9,746円	
3 二種混合 (DT)	1期	3～90月に至るまで	6,281円	
	2期	11～13歳未満	6,281円	
4 麻しん風しん混合	1期	12～24月に至るまで	12,496円	
		特例措置	12,496円	
	2期	※	11,066円	
		特例措置	11,066円	
	5期	*	10,241円	
5 麻しん	1期	12～24月に至るまで	8,921円	
		特例措置	8,921円	
	2期	※	7,491円	
		特例措置	7,491円	
6 風しん	1期	12～24月に至るまで	8,932円	
		特例措置	8,932円	
	2期	※	7,502円	
		特例措置	7,502円	
	5期	*	6,677円	
7 日本脳炎	1期	6～90月に至るまで	3歳未満 9,416円 3歳以上 7,986円	3歳未満・3歳以上で委託料が異なります
		特例措置	7,161円	
	2期	9～13歳未満	7,161円	
		特例措置	7,161円	
8 BCG		12月に至るまで	12,991円	
9 ポリオ (IPV)	1期	2～90月に至るまで	10,406円	
10 ヒトパピローマ ウイルス感染症 (HPVワクチン)	9価	小6～高1相当の女子	26,950円	
11 ヒブ		2～60月に至るまで	3歳未満 10,682円 3歳以上 9,252円	3歳未満・3歳以上で委託料が異なります
12 小児用肺炎球菌	15価	2～60月に至るまで	3歳未満 13,761円 3歳以上 12,331円	3歳未満・3歳以上で委託料が異なります
	20価	2～60月に至るまで	3歳未満 13,761円 3歳以上 12,331円	
13 水痘		12～36月に至るまで	10,791円	
14 B型肝炎		12月に至るまで	7,975円	
15 ロタウイルス 感染症	1価	6週0日後～24週0日後	16,511円	
	5価	6週0日後～32週0日後	11,484円	
16 RSウイルス感染症		妊娠28週～妊娠37週に至るまで	29,876円	
17 (A類) 予診のみ *引き続き医療となった 場合を除く		90月未満	1,000円	
		その他	1,000円	
特記事項				

※5歳以上7歳未満の者であって、小学校就学の始期に達する日の1年前の日から当該始期に達する日の前日までの間にある者  
\*昭和37年～昭和54年生まれの男性で、令和6年度末までに風しん抗体検査を実施し陰性だったもの

## 2 B類疾病(1)

### ・高齢者インフルエンザ

接種期間	令和 8年 10月 1日 ~ 令和 8年 12月 31日		
対象者	① 接種日当日に65歳以上の者		
	② 60歳以上65歳未満の者であって、心臓、腎臓もしくは呼吸器の機能またはヒト免疫不全ウイルスによる免疫の機能に障害を有する者		
予防接種の種類	委託料金(消費税10%含む)		接種上の留意点
	市町村負担額	自己負担額	
18インフルエンザ	自己負担徴収者	未定	助成は接種期間中1人1回のみです。期間中既に接種を受けていないか、被接種者に確認をお願いします。
	自己負担免除者	未定	
自己負担免除者	上記対象者のうち、生活保護受給者及び中国残留邦人等の支援を受けている者(予診票の左上欄に記載をお願いします)。		
60歳以上65歳未満の心・腎・肺等機能不全者	申し出があった場合には、接種前に下記担当までご連絡をお願いします(身体障がい者手帳のコピーや医師の診断書の添付が必要です)。		
特記事項: 委託料金・自己負担額は未定です。標準量と高用量で委託料金・自己負担額が異なる予定です。予診票について、高崎市では事前に本人から申し出のあった場合のみ送付しています。対象者(今年度中に65歳になる者は除く)には「インフルエンザ受診券シール」を発行し、医療機関に持参するよう通知しています。受診券は予診票に貼付してください。受診券がない場合は、お問い合わせください。			

### ・高齢者新型コロナウイルス感染症

接種期間	令和 8年 10月 1日 ~ 令和 8年 12月 31日		
対象者	① 接種日当日に65歳以上の者		
	② 60歳以上65歳未満の者であって、心臓、腎臓もしくは呼吸器の機能またはヒト免疫不全ウイルスによる免疫の機能に障害を有する者		
予防接種の種類	委託料金(消費税10%含む)		接種上の留意点
	市町村負担額	自己負担額	
19新型コロナウイルス感染症	自己負担徴収者	未定	助成は接種期間中1人1回のみです。期間中既に接種を受けていないか、被接種者に確認をお願いします。
	自己負担免除者	未定	
自己負担免除者	上記対象者のうち、生活保護受給者及び中国残留邦人等の支援を受けている者(予診票の左上欄に記載をお願いします)。		
60歳以上65歳未満の心・腎・肺等機能不全者	申し出があった場合には、接種前に下記担当までご連絡をお願いします(身体障がい者手帳のコピーや医師の診断書の添付が必要です)。		
特記事項: 委託料は未定です。予診票について、高崎市では事前に本人から申し出のあった場合のみ送付しています。対象者(今年度中に65歳になる者は除く)には「コロナワクチン受診券シール」を発行し、医療機関に持参するよう通知しています。受診券は予診票に貼付してください。受診券がない場合は、お問い合わせください。			

### ・高齢者用肺炎球菌

接種期間	令和8年4月1日 ~ 令和9年3月31日		
対象者	① 65歳の者(65歳の誕生日の前日から66歳の誕生日を迎える前日まで)		
	② 60歳以上65歳未満の者であって、心臓、腎臓もしくは呼吸器の機能またはヒト免疫不全ウイルスによる免疫の機能に障害を有する者		
予防接種の種類	委託料金(消費税10%含む)		接種上の留意点
	市町村負担額	自己負担額	
20高齢者用肺炎球菌	自己負担徴収者	9,506	過去に接種を受けたことのある人は対象外です。市で把握している接種歴は確認しますのでお問い合わせください。
	自己負担免除者	11,506	
自己負担免除者	上記対象者のうち、生活保護受給者及び中国残留邦人等の支援を受けている者(予診票の左上欄に記載をお願いします)。		
60歳以上65歳未満の心・腎・肺等機能不全者	申し出があった場合には、接種前に下記担当までご連絡をお願いします(身体障がい者手帳のコピーや医師の診断書の添付が必要です)。		
特記事項: 予診票について、高崎市では事前に本人から申し出のあった場合のみ送付しています。また、対象者には市が送付した「肺炎球菌ワクチン予防接種のお知らせ」を医療機関に持参するよう通知しています。通知に記載の予防接種番号を予診票に記入してください。通知がない場合は、お問い合わせください。			

## 2 B類疾病(2)

### ・高齢者带状疱疹

接種期間	令和8年4月1日 ~ 令和9年3月31日				
対象者	① 令和8年度中に65歳、70歳、75歳、80歳、85歳、90歳、95歳、100歳となる者				
	② 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に障害を有する者				
予防接種の種類		委託料金(消費税10%含む)		接種上の留意点	
		市町村負担額	自己負担額		
21 高齢者带状疱疹	生ワクチン	自己負担徴収者	4,536	4,000	過去に市の助成制度を利用して接種を受けたことのある人、または当該予防接種に相当する予防接種を受けたことがあり、当該予防接種を行う必要がないと認められる人は対象外です。市で把握している接種歴は確認しますのでお問い合わせください。 ・留意点は生ワクチンと同様です。 ・不活化ワクチンについて、令和8年3月末までに1回目を任意接種している人は、2回目を定期接種で接種することができます。
		自己負担免除者	8,536		
	不活化ワクチン	自己負担徴収者	9,736	12,000	
		自己負担免除者	21,736		
自己負担免除者	上記対象者のうち、生活保護受給者及び中国残留邦人等の支援を受けている者(予診票の左上欄に記載をお願いします)。				
60歳以上65歳未満の免疫機能不全者	申し出があった場合には、接種前に下記担当までご連絡をお願いします(身体障がい者手帳のコピーや医師の診断書の添付が必要です)。				
特記事項：予診票について、高崎市では事前に本人から申し出のあった場合のみ送付しています。対象者には市が送付した「带状疱疹定期予防接種のお知らせ」を医療機関に持参するよう通知しています。通知に記載の予防接種番号を予診票に記入してください。通知がない場合は、お問い合わせください。					

### ・B類疾病予診のみ

22 (B類) 予診のみ	委託料金(消費税含む)	留意点
*引き続き医療となった場合を除く	1,000円	

#### 問い合わせ

高崎市 保健予防課 予防接種担当  
 TEL 027-381-6112  
 FAX 027-381-6125

## 令和8年度群馬県内相互乗り入れ予防接種料金表

市町村名

高山村

## 1 A類疾病

予防接種の種類		委託料金 (消費税10%含む)	接種上の留意点 (対象者、自己負担金等)
1 五種混合 (DPT-IPV-Hib)	1期	2～90月に至るまで	20,770
	2期	2～90月に至るまで	7,560
2 三種混合 (DPT)	1期	3～90月に至るまで	7,330
	2期	11～13歳未満	5,080
3 二種混合 (DT)	1期	12～24月に至るまで	12,570
		特例措置	12,570
	2期	※	11,140
		特例措置	10,320
5期	*	9,260	
4 麻しん風しん混合	1期	12～24月に至るまで	9,010
		特例措置	9,010
	2期	※	7,580
		特例措置	6,760
5 麻しん	1期	12～24月に至るまで	9,010
		特例措置	9,010
	2期	※	7,580
		特例措置	6,760
6 風しん	1期	12～24月に至るまで	9,010
		特例措置	9,010
	2期	※	7,580
		特例措置	6,760
7 日本脳炎	1期	6～90月に至るまで	8,050
		特例措置	7,220
	2期	9～13歳未満	7,220
		特例措置	7,220
8 BCG	12月に至るまで		13,220
9 ポリオ (IPV)	1期	2～90月に至るまで	10,630
10 ヒトパピローマ ウイルス感染症 (HPVワクチン)	9価	小6～高1相当の女子	28,210
11 ヒブ	2～60月に至るまで		9,540
12 小児用肺炎球菌	15価	2～60月に至るまで	12,560
	20価	2～60月に至るまで	12,560
13 水痘	12～36月に至るまで		9,590
14 B型肝炎	12月に至るまで		7,210
15 ロタウイルス 感染症	1価	6週0日後～24週0日後	15,310
	5価	6週0日後～32週0日後	10,280
16 RSウイルス感染症	妊娠28週～妊娠37週に至るまで		29,940
17 (A類) 予診のみ	90月未満		
*引き続き医療となった 場合を除く	その他		
特記事項			

※5歳以上7歳未満の者であって、小学校就学の始期に達する日の1年前の日から当該始期に達する日の前日までの間にある者  
\*昭和37年～昭和54年生まれの男性で、令和6年度末までに風しん抗体検査を実施し陰性だったもの

## 2 B類疾病（1）

### ・高齢者インフルエンザ

接種期間	令和8年10月1日～令和9年3月31日		
対象者	①	接種日当日に65歳以上の者	
	②	60歳以上65歳未満の者であって、心臓、腎臓もしくは呼吸器の機能またはヒト免疫不全ウイルスによる免疫の機能に障害を有する者	
予防接種の種類	委託料金（消費税10%含む）		接種上の留意点
	市町村負担額	自己負担額	
18インフルエンザ	自己負担徴収者	3,500	1,000
	自己負担免除者	4,500	
自己負担免除者	生活保護世帯に属する者（接種前に担当へご連絡ください）		
60歳以上65歳未満の心・腎・肺等機能不全者	自己の身の辺の日常生活活動が極端に制限される程度の障害を有する者 予診票に該当する内容を記載してください。		
特記事項 年度内、1人1回のみの接種とする。			

### ・高齢者新型コロナウイルス感染症

接種期間	令和8年10月1日～令和9年3月31日		
対象者	①	接種日当日に65歳以上の者	
	②	60歳以上65歳未満の者であって、心臓、腎臓もしくは呼吸器の機能またはヒト免疫不全ウイルスによる免疫の機能に障害を有する者	
予防接種の種類	委託料金（消費税10%含む）		接種上の留意点
	市町村負担額	自己負担額	
19新型コロナウイルス感染症	自己負担徴収者	9,600	6,000
	自己負担免除者	15,600	
自己負担免除者	生活保護世帯に属する者（接種前に担当へご連絡ください）		
60歳以上65歳未満の心・腎・肺等機能不全者	自己の身の辺の日常生活活動が極端に制限される程度の障害を有する者 予診票に該当する内容を記載してください。		
特記事項 年度内、1人1回のみの接種とする。			

### ・高齢者用肺炎球菌

接種期間	令和8年4月1日～令和9年3月31日		
対象者	①	65歳の者（65歳の誕生日の前日から66歳の誕生日を迎える前日まで）	
	②	60歳以上65歳未満の者であって、心臓、腎臓もしくは呼吸器の機能またはヒト免疫不全ウイルスによる免疫の機能に障害を有する者	
予防接種の種類	委託料金（消費税10%含む）		接種上の留意点
	市町村負担額	自己負担額	
20高齢者用肺炎球菌	自己負担徴収者	8,800	3,000
	自己負担免除者	11,800	
自己負担免除者	生活保護世帯に属する者（接種前に担当へご連絡ください）		
60歳以上65歳未満の心・腎・肺等機能不全者	自己の身の辺の日常生活活動が極端に制限される程度の障害を有する者 予診票に該当する内容を記載してください。		
特記事項 ワクチンは20価とし、任意接種を含め1人1回までの接種とする。			

## 2 B類疾病（2）

### ・高齢者带状疱疹

接種期間	令和8年4月1日 ～ 令和9年3月31日			
対象者	①	令和8年度中に65歳、70歳、75歳、80歳、85歳、90歳、95歳、100歳となる者		
	②	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に障害を有する者		
予防接種の種類		委託料金（消費税10%含む）		接種上の留意点
		市町村負担額	自己負担額	
21高齢者带状疱疹	生ワクチン	自己負担徴収者	4,500	4,400
		自己負担免除者	8,900	/
	不活化ワクチン	自己負担徴収者	11,100	11,000
		自己負担免除者	22,100	/
自己負担免除者	生活保護世帯に属する者（接種前に担当へご連絡ください）			
60歳以上65歳未満の免疫機能不全者	自己の身の日常生活活動が極端に制限される程度の障害を有する者 予診票に該当する内容を記載してください。			
特記事項 任意接種を含め1人1回までの接種とする。				

### ・B類疾病予診のみ

22（B類）予診のみ	委託料金（消費税含む）	留意点
*引き続き医療となった場合を除く	/	

#### 問い合わせ

高山村 保健みらい課 保健師  
 TEL 0279-63-1311  
 FAX 0279-63-1310

## 令和8年度群馬県内相互乗り入れ予防接種料金表

市町村名

館林市

## 1 A類疾病

予防接種の種類		委託料金 (消費税10%含む)	接種上の留意点 (対象者、自己負担金等)	
1 五種混合 (DPT-IPV-Hib)	1期	2～90月に至るまで	21,703	
	2期	2～90月に至るまで	10,901	
2 三種混合 (DPT)	1期	3～90月に至るまで	8,261	
	2期	11～13歳未満	6,501	
3 二種混合 (DT)	1期	12～24月に至るまで	12,221	
		特例措置	12,221	
	2期	※	11,286	
		特例措置	11,286	
	5期	*	10,373	
4 麻しん風しん混合	1期	12～24月に至るまで	9,262	
		特例措置	9,262	
	2期	※	8,327	
		特例措置	8,327	
5 麻しん	1期	12～24月に至るまで	9,284	
		特例措置	9,284	
	2期	※	8,349	
		特例措置	8,349	
6 風しん	1期	6～90月に至るまで	8,206	
		特例措置	7,381	
	2期	9～13歳未満	7,381	
		特例措置	7,381	
8 BCG	12月に至るまで	13,376		
9 ポリオ (IPV)	1期	2～90月に至るまで	11,561	
10 ヒトパピローマ ウイルス感染症 (HPVワクチン)	9価	小6～高1相当の女子	28,886	
11 ヒブ	2～60月に至るまで	10,408		
12 小児用肺炎球菌	15価	2～60月に至るまで	13,486	
	20価	2～60月に至るまで	13,486	
13 水痘	12～36月に至るまで	10,516		
14 B型肝炎	12月に至るまで	7,940		
15 ロタウイルス 感染症	1価	6週0日後～24週0日後	16,566	
	5価	6週0日後～32週0日後	11,209	
16 RSウイルス感染症	妊娠28週～妊娠37週に至るまで	30,096		
17 (A類) 予診のみ *引き続き医療となった 場合を除く	90月未満			
	その他			
特記事項				

※5歳以上7歳未満の者であって、小学校就学の始期に達する日の1年前の日から当該始期に達する日の前日までの間にある者  
\*昭和37年～昭和54年生まれの男性で、令和6年度末までに風しん抗体検査を実施し陰性だったもの

## 2 B類疾病（1）

### ・高齢者インフルエンザ

接種期間	令和 8年10月 1日 ~ 令和 9年 1月31日		
対象者	① 接種日当日に65歳以上の者		
	② 60歳以上65歳未満の者であって、心臓、腎臓もしくは呼吸器の機能またはヒト免疫不全ウイルスによる免疫の機能に障害を有する者		
予防接種の種類	委託料金（消費税10%含む）		接種上の留意点
	市町村負担額	自己負担額	
18インフルエンザ	自己負担徴収者	4,665	1,000
	自己負担免除者	5,665	/
自己負担免除者	対象者であって、生活保護法に規定する被保護世帯に属する者 対象者であって、中国残留邦人等の自立支援に関する法律による支援給付世帯に属する者		
60歳以上65歳未満の心・腎・肺等機能不全者			
特記事項			

### ・高齢者新型コロナウイルス感染症

接種期間	令和 8年10月 1日 ~ 令和 9年 1月31日		
対象者	① 接種日当日に65歳以上の者		
	② 60歳以上65歳未満の者であって、心臓、腎臓もしくは呼吸器の機能またはヒト免疫不全ウイルスによる免疫の機能に障害を有する者		
予防接種の種類	委託料金（消費税10%含む）		接種上の留意点
	市町村負担額	自己負担額	
19新型コロナウイルス感染症	自己負担徴収者	13,016	3,000
	自己負担免除者	16,016	/
自己負担免除者	対象者であって、生活保護法に規定する被保護世帯に属する者 対象者であって、中国残留邦人等の自立支援に関する法律による支援給付世帯に属する者		
60歳以上65歳未満の心・腎・肺等機能不全者			
特記事項			

### ・高齢者用肺炎球菌

接種期間	令和8年4月1日 ~ 令和9年3月31日		
対象者	① 65歳の者（65歳の誕生日の前日から66歳の誕生日を迎える前日まで）		
	② 60歳以上65歳未満の者であって、心臓、腎臓もしくは呼吸器の機能またはヒト免疫不全ウイルスによる免疫の機能に障害を有する者		
予防接種の種類	委託料金（消費税10%含む）		接種上の留意点
	市町村負担額	自己負担額	
20高齢者用肺炎球菌	自己負担徴収者	9,726	2,000
	自己負担免除者	11,726	/
自己負担免除者	対象者であって、生活保護法に規定する被保護世帯に属する者 対象者であって、中国残留邦人等の自立支援に関する法律による支援給付世帯に属する者		
60歳以上65歳未満の心・腎・肺等機能不全者			
特記事項			

## 2 B類疾病（2）

### ・高齢者帯状疱疹

接種期間	令和8年4月1日 ～ 令和9年3月31日			
対象者	① 令和8年度中に65歳、70歳、75歳、80歳、85歳、90歳、95歳、100歳となる者			
	② 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に障害を有する者			
予防接種の種類		委託料金（消費税10%含む）		接種上の留意点
		市町村負担額	自己負担額	
21高齢者帯状疱疹	生ワクチン	自己負担徴収者	6,756	2,000
		自己負担免除者	8,756	
	不活化ワクチン	自己負担徴収者	16,956	5,000
		自己負担免除者	21,956	
自己負担免除者	対象者であって、生活保護法に規定する被保護世帯に属する者 対象者であって、中国残留邦人等の自立支援に関する法律による支援給付世帯に属する者			
60歳以上65歳未満の 免疫機能不全者				
特記事項				

### ・B類疾病予診のみ

22（B類）予診のみ	委託料金（消費税含む）	留意点
*引き続き医療となった場合を除く		

問い合わせ 館林市健康推進課地域医療係 TEL 0276-74-5155 FAX 0276-75-6555
--

令和8年度群馬県内相互乗り入れ予防接種料金表

市町村名

玉村町

1 A類疾病

予防接種の種類		委託料金 (消費税10%含む)	接種上の留意点 (対象者、自己負担金等)
1 五種混合 (DPT-IPV-Hib)	1期	2~90月に至るまで	20,410
	2期	2~90月に至るまで	7,760
2 三種混合 (DPT)	1期	3~90月に至るまで	6,600
	2期	11~13歳未満	6,600
3 二種混合 (DT)	1期	12~24月に至るまで	12,260
	2期	特例措置	12,260
4 麻しん風しん混合	※	10,800	R4. 4. 2~R5. 4. 1生
	2期	特例措置	10,800
5 麻しん	5期	*	10,087
	1期	12~24月に至るまで	7,760
6 風しん	1期	特例措置	7,760
	2期	※	7,760
7 日本脳炎	2期	特例措置	7,760
	5期	*	
8 BCG	1期	6~90月に至るまで	7,450
	2期	9~13歳未満	7,450
9 ポリオ (IPV)	1期	特例措置	7,450
	2期	特例措置	7,450
10 ヒトパピローマ ウイルス感染症 (HPVワクチン)	1期	6~90月に至るまで	7,450
	2期	特例措置	7,450
11 ヒブ	1期	6~90月に至るまで	7,450
	2期	特例措置	7,450
12 小児用肺炎球菌	12月に至るまで	11,420	標準的には生後5か月から8か月に至るまでの間
	9価	小6~高1相当の女子	28,000
13 水痘	2~60月に至るまで	8,910	
	15価	2~60月に至るまで	12,220
14 B型肝炎	20価	2~60月に至るまで	12,220
	12~36月に至るまで	10,670	
15 ロタウイルス 感染症	12月に至るまで	8,180	
	1価	6週0日後~24週0日後	15,300
16 RSVウイルス感染症	5価	6週0日後~32週0日後	10,090
	妊娠28週~妊娠37週に至るまで	30,090	
17 (A類) 予診のみ *引き続き医療となった 場合を除く	90月未満		
	その他		
特記事項			

※5歳以上7歳未満の者であって、小学校就学の始期に達する日の1年前の日から当該始期に達する日の前日までの間にある者  
 \*昭和37年~昭和54年生まれの男性で、令和6年度末までに風しん抗体検査を実施し陰性だったもの

## 2 B類疾病（1）

### ・高齢者インフルエンザ

接種期間	令和8年10月1日 ～ 令和8年12月28日		
対象者	① 接種日当日に65歳以上の者		
	② 60歳以上65歳未満の者であって、心臓、腎臓もしくは呼吸器の機能またはヒト免疫不全ウイルスによる免疫の機能に障害を有する者		
予防接種の種類	委託料金（消費税10%含む）		接種上の留意点
	市町村負担額	自己負担額	
18インフルエンザ	自己負担徴収者	3,950	1,000
	自己負担免除者	4,950	
自己負担免除者	生活保護世帯		
60歳以上65歳未満の心・腎・肺等機能不全者			
特記事項			

### ・高齢者新型コロナウイルス感染症

接種期間	令和8年10月1日 ～ 令和8年12月28日		
対象者	① 接種日当日に65歳以上の者		
	② 60歳以上65歳未満の者であって、心臓、腎臓もしくは呼吸器の機能またはヒト免疫不全ウイルスによる免疫の機能に障害を有する者		
予防接種の種類	委託料金（消費税10%含む）		接種上の留意点
	市町村負担額	自己負担額	
19新型コロナウイルス感染症	自己負担徴収者	12,300	3,000
	自己負担免除者	15,300	
自己負担免除者	生活保護世帯		
60歳以上65歳未満の心・腎・肺等機能不全者			
特記事項			

### ・高齢者用肺炎球菌

接種期間	令和8年4月1日 ～ 令和9年3月31日		
対象者	① 65歳の者（65歳の誕生日の前日から66歳の誕生日を迎える前日まで）		
	② 60歳以上65歳未満の者であって、心臓、腎臓もしくは呼吸器の機能またはヒト免疫不全ウイルスによる免疫の機能に障害を有する者		
予防接種の種類	委託料金（消費税10%含む）		接種上の留意点
	市町村負担額	自己負担額	
20高齢者用肺炎球菌	自己負担徴収者	9,720	2,000
	自己負担免除者	11,720	
自己負担免除者	生活保護世帯		
60歳以上65歳未満の心・腎・肺等機能不全者			
特記事項			

## 2 B類疾病(2)

## ・高齢者带状疱疹

接種期間		令和8年4月1日 ~ 令和9年3月31日		
対象者		① 令和8年度中に65歳、70歳、75歳、80歳、85歳、90歳、95歳、100歳となる者		
		② 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に障害を有する者		
予防接種の種類		委託料金(消費税10%含む)		接種上の留意点
		市町村負担額	自己負担額	
21高齢者带状疱疹	生ワクチン	自己負担徴収者	6,860	2,000
		自己負担免除者	8,860	
	不活化ワクチン	自己負担徴収者	17,060	5,000
		自己負担免除者	22,060	
自己負担免除者		生活保護世帯		
60歳以上65歳未満の免疫機能不全者				
特記事項				

## ・B類疾病予診のみ

22(B類)予診のみ *引き続き医療となった場合を除く	委託料金(消費税含む)	留意点

## 問い合わせ

玉村町 健康福祉課 健康管理係  
(玉村町保健センター)

TEL 0270-64-7706

FAX 0270-65-2592

## 令和8年度群馬県内相互乗り入れ予防接種料金表

市町村名

千代田町

## 1 A類疾病

予防接種の種類		委託料金 (消費税10%含む)	接種上の留意点 (対象者、自己負担金等)	
1 五種混合 (DPT-IPV-Hib)	1期	2～90月に至るまで	21,703	
2 三種混合 (DPT)	1期	2～90月に至るまで	10,901	
3 二種混合 (DT)	1期	3～90月に至るまで	8,261	
	2期	11～13歳未満	6,501	
4 麻しん風しん混合	1期	12～24月に至るまで	12,221	
		特例措置	12,221	
	2期	※	11,286	
		特例措置	11,286	
	5期	*	10,373	
5 麻しん	1期	12～24月に至るまで	9,262	
		特例措置	9,262	
	2期	※	8,327	
		特例措置	8,327	
6 風しん	1期	12～24月に至るまで	9,284	
		特例措置	9,284	
	2期	※	8,349	
		特例措置	8,349	
	5期	*	10,373	
7 日本脳炎	1期	6～90月に至るまで	8,206	
		特例措置	7,381	特別措置用予診票を使用
	2期	9～13歳未満	7,381	
		特例措置	7,381	特別措置用予診票を使用
8 BCG	12月に至るまで		13,376	
9 ポリオ (IPV)	1期	2～90月に至るまで	11,561	
10 ヒトパピローマ ウイルス感染症 (HPVワクチン)	9価	小6～高1相当の女子	28,886	
11 ヒブ	2～60月に至るまで		10,408	
12 小児用肺炎球菌	15価	2～60月に至るまで	13,486	
	20価	2～60月に至るまで	13,486	
13 水痘	12～36月に至るまで		10,516	
14 B型肝炎	12月に至るまで		7,940	
15 ロタウイルス 感染症	1価	6週0日後～24週0日後	16,566	
	5価	6週0日後～32週0日後	11,209	
16 RSウイルス感染症	妊娠28週～妊娠37週に至るまで		30,096	
17 (A類) 予診のみ	90月未満			
*引き続き医療となった 場合を除く	その他			
特記事項	予診票は、原則千代田町のものを使用。			

※5歳以上7歳未満の者であって、小学校就学の始期に達する日の1年前の日から当該始期に達する日の前日までの間にある者  
\*昭和37年～昭和54年生まれで、令和6年度末までに風しん抗体検査を実施し陰性だったもの

## 2 B類疾病(1)

### ・高齢者インフルエンザ

接種期間	令和8年10月1日 ~ 令和9年1月31日		
対象者	① 接種日当日に65歳以上の者		
	② 60歳以上65歳未満の者であって、心臓、腎臓もしくは呼吸器の機能またはヒト免疫不全ウイルスによる免疫の機能に障害を有する者		
予防接種の種類	委託料金(消費税10%含む)		接種上の留意点
	市町村負担額	自己負担額	
18インフルエンザ	自己負担徴収者	4,665	1,000
	自己負担免除者	5,665	
自己負担免除者	生活保護世帯		
60歳以上65歳未満の心・腎・肺等機能不全者	60歳以上65歳未満の心、腎、肺等機能不全者用予診票に該当事項を記載		
特記事項 助成対象者に証明書は発行せず、予診票右下に「免除」の赤印を押す			

### ・高齢者新型コロナウイルス感染症

接種期間	令和8年10月1日 ~ 令和9年1月31日		
対象者	① 接種日当日に65歳以上の者		
	② 60歳以上65歳未満の者であって、心臓、腎臓もしくは呼吸器の機能またはヒト免疫不全ウイルスによる免疫の機能に障害を有する者		
予防接種の種類	委託料金(消費税10%含む)		接種上の留意点
	市町村負担額	自己負担額	
19新型コロナウイルス感染症	自己負担徴収者	13,016	3,000
	自己負担免除者	16,016	
自己負担免除者	生活保護世帯		
60歳以上65歳未満の心・腎・肺等機能不全者	60歳以上65歳未満の心、腎、肺等機能不全者用予診票に該当事項を記載		
特記事項 助成対象者に証明書は発行せず、予診票右下に「免除」の赤印を押す			

### ・高齢者用肺炎球菌

接種期間	令和8年4月1日 ~ 令和9年3月31日		
対象者	① 65歳の者(65歳の誕生日の前日から66歳の誕生日を迎える前日まで)		
	② 60歳以上65歳未満の者であって、心臓、腎臓もしくは呼吸器の機能またはヒト免疫不全ウイルスによる免疫の機能に障害を有する者		
予防接種の種類	委託料金(消費税10%含む)		接種上の留意点
	市町村負担額	自己負担額	
20高齢者用肺炎球菌	自己負担徴収者	9,726	2,000
	自己負担免除者	11,726	
自己負担免除者	生活保護世帯		
60歳以上65歳未満の心・腎・肺等機能不全者	60歳以上65歳未満の心、腎、肺等機能不全者用予診票に該当事項を記載		
特記事項 助成対象者に証明書は発行せず、予診票右下に「免除」の赤印を押す			

## 2 B類疾病(2)

## ・高齢者带状疱疹

接種期間	令和8年4月1日 ~ 令和9年3月31日			
対象者	①	令和8年度中に65歳、70歳、75歳、80歳、85歳、90歳、95歳、100歳となる者		
	②	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に障害を有する者		
予防接種の種類		委託料金(消費税10%含む)		接種上の留意点
		市町村負担額	自己負担額	
21高齢者带状疱疹	生ワクチン	自己負担徴収者	6,756	2,000
		自己負担免除者	8,756	
	不活化ワクチン	自己負担徴収者	16,956	5,000
		自己負担免除者	21,956	
自己負担免除者	生活保護世帯			
60歳以上65歳未満の免疫機能不全者	60歳以上65歳未満の免疫機能不全者用予診票に該当事項を記載			
特記事項 助成対象者に証明書は発行せず、予診票右下に「免除」の赤印を押す				

## ・B類疾病予診のみ

22(B類)予診のみ	委託料金(消費税含む)	留意点
*引き続き医療となった場合を除く		

問い合わせ

千代田町役場保健福祉課(総合保健福祉センター内)

電話 0276-86-5411 FAX 0276-86-5400

令和8年度群馬県内相互乗り入れ予防接種料金表

市町村名 嬭恋村

1 A類疾病

予防接種の種類		委託料金 (消費税10%含む)	接種上の留意点(対象者、自己負担金等)
1 五種混合 (DPT-IPV-Hib)	1期	2~90月に至るまで	20,500円
	2期	11~13歳未満	6,000円
2 三種混合 (DPT)	1期	2~90月に至るまで	9,300円
	2期	11~13歳未満	6,000円
3 二種混合 (DT)	1期	3~90月に至るまで	6,700円
	2期	11~13歳未満	6,000円
4 麻しん風しん混合	1期	12~24月に至るまで	10,700円
		特例措置	10,700円
	2期	※	10,700円
		特例措置	10,700円
5期	※	10,200円	
5 麻しん	1期	12~24月に至るまで	
		特例措置	
2期	※		
	特例措置		
6 風しん	1期	12~24月に至るまで	7,200円
		特例措置	7,200円
	2期	※	7,200円
		特例措置	7,200円
5期	※	10,200円	
7 日本脳炎	1期	6~90月に至るまで	7,600円
		特例措置	7,600円
	2期	9~13歳未満	6,900円
		特例措置	6,900円
8 BCG	12月に至るまで	11,600円	
9 ポリオ (IPV)	1期	2~90月に至るまで	
10 ヒトパピローウイルス感染症 (HPVワクチン)	9価	小6~高1相当の女子	29,500円
11 ヒブ	2~60月に至るまで	9,000円	
12 小児用肺炎球菌	15価	2~60月に至るまで	11,900円
	20価	2~60月に至るまで	12,000円
13 水痘	12~36月に至るまで	9,000円	
14 B型肝炎	12月に至るまで	6,900円	
15 ロタウイルス感染症	1価	6週0日後~24週0日後	14,500円
	5価	6週0日後~32週0日後	10,400円
16 RSウイルス感染症	妊娠28週~妊娠37週に至るまで	31,900円	
17 (A類) 予診のみ *引き続き医療となった場合を除く	90月未満		
	その他		

特記事項

※ 5歳以上7歳未満の者であって、小学校就学の始期に達する日の1年前の日から当該始期に達する日の前日までの間にある者

※ 昭和37年~昭和54年生まれの男性で、令和6年度末までに風しん抗体検査を実施し陰性だったもの

## 2 B類疾病(1)

### ・高齢者インフルエンザ

接種期間	令和8年10月 1日 ~ 令和9年 3月31日		
対象者	①	接種日当日において嬭恋村に住所を有する者で、65歳以上の者	
	②	60歳以上65歳未満の者であって、心臓、腎臓もしくは呼吸器の機能またはヒト免疫不全ウイルスによる免疫の機能に障害を有する者	
予防接種の種類	委託料金(消費税10%含む)		接種上の留意点
		市町村負担額	
18 インフルエンザ	自己負担徴収者	3,500円	1,000円
	自己負担免除者	4,500円	
自己負担免除者	生活保護世帯に属する者 ※被接種者等から医療機関窓口に申し出のあった場合は、接種前に下記へ電話で確認をして下さい。		
60歳以上65歳未満の心・腎・肺等機能不全者	本人の申請があった場合は、医療機関で、予診票に必要事項を必ず記載して、医師の署名をお願いします。		
特記事項			

### ・高齢者新型コロナウイルス感染症

接種期間	令和8年10月 1日 ~ 令和9年 3月31日		
対象者	①	接種日当日において嬭恋村に住所を有する者で、65歳以上の者	
	②	60歳以上65歳未満の者であって、心臓、腎臓もしくは呼吸器の機能またはヒト免疫不全ウイルスによる免疫の機能に障害を有する者	
予防接種の種類	委託料金(消費税10%含む)		接種上の留意点
		市町村負担額	
19新型コロナウイルス感染	自己負担徴収者	9,600円	6,000円
	自己負担免除者	15,600円	
自己負担免除者	生活保護世帯に属する者 ※被接種者等から医療機関窓口に申し出のあった場合は、接種前に下記へ電話で確認をして下さい。		
60歳以上65歳未満の心・腎・肺等機能不全者	本人の申請があった場合は、医療機関で、予診票に必要事項を必ず記載して、医師の署名をお願いします。		
特記事項			

### ・高齢者用肺炎球菌

接種期間	令和8年4月1日 ~ 令和9年3月31日		
対象者	①	接種日当日において嬭恋村に住所を有する者で、過去に一度も接種したことのない、65歳の者(65歳の誕生日の前日から66歳の誕生日を迎える前日まで)	
	②	60歳以上65歳未満の者であって、心臓、腎臓もしくは呼吸器の機能またはヒト免疫不全ウイルスによる免疫の機能に障害を有する者	
予防接種の種類	委託料金(消費税10%含む)		接種上の留意点
		市町村負担額	
20 高齢者用肺炎球菌	自己負担徴収者	8,800円	3,000円
	自己負担免除者	11,800円	
自己負担免除者	生活保護世帯に属する者 ※被接種者等から医療機関窓口に申し出のあった場合は、接種前に下記へ電話で確認をして下さい。		
60歳以上65歳未満の心・腎・肺等機能不全者	本人の申請があった場合は、医療機関で、予診票に必要事項を必ず記載して、医師の署名をお願いします。		
特記事項			

2 B類疾病(2)

・高齢者带状疱疹

接種期間	令和8年4月 1日 ~ 令和9年 3月31日			
対象者	① 接種日当日において嬭恋村に住所を有する者で、令和8年度中に65歳、70歳、75歳、80歳、85歳、90歳、95歳、100歳となる者			
	② 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に障害を有する者			
予防接種の種類		委託料金（消費税10%含む）		接種上の留意点
		市町村負担額	自己負担額	
21高齢者带状疱疹	生ワクチン	自己負担徴収者	4,500円	4,400円
		自己負担免除者	8,900円	
	不活化ワクチン	自己負担徴収者	11,100円	11,000円
		自己負担免除者	22,100円	
自己負担免除者	生活保護世帯に属する者 ※被接種者等から医療機関窓口申し出があった場合は、接種前に下記へ電話で確認して下さい。			
60歳以上65歳未満の免疫機能不全者	本人の申請があった場合は、医療機関で、予診票に必要事項を必ず記載して、医師の署名をお願いします。			
特記事項				

・B類疾病予診のみ

22（B類）予診のみ *引き続き医療となった場合を除く	委託料金（消費税含む）	留意点

問い合わせ

嬭恋村 健康福祉課 保健室  
TEL 0279-96-1975  
FAX 0279-96-1982

## 令和8年度群馬県内相互乗り入れ予防接種料金表

市町村名

富岡市

## 1 A類疾病

予防接種の種類		委託料金 (消費税10%含む)	接種上の留意点 (対象者、自己負担金等)
1 五種混合 (DPT-IPV-Hib)	1期 2～90月に至るまで	21,000	
2 三種混合 (DPT)	1期 2～90月に至るまで	9,450	
3 二種混合 (DT)	1期 3～90月に至るまで	6,250	
	2期 11～13歳未満		
4 麻しん風しん混合	1期 12～24月に至るまで	11,530	
		特例措置	
	2期 ※	11,530	
		特例措置	
	5期 *	9,850	
5 麻しん	1期 12～24月に至るまで	8,720	
		特例措置	
	2期 ※	8,720	
		特例措置	
6 風しん	1期 12～24月に至るまで	8,720	
		特例措置	
	2期 ※	8,720	
		特例措置	
	5期 *	8,850	
7 日本脳炎	1期 6～90月に至るまで	7,320	
		特例措置	
	2期 9～13歳未満	6,820	
		特例措置	
8 BCG	12月に至るまで	12,430	
9 ポリオ (IPV)	1期 2～90月に至るまで	10,030	
10 ヒトパピローマ ウイルス感染症 (HPVワクチン)	9価 小6～高1相当の女子	28,310	
11 ヒブ	2～60月に至るまで	9,100	
12 小児用肺炎球菌	15価 2～60月に至るまで	11,930	
	20価 2～60月に至るまで	11,930	
13 水痘	12～36月に至るまで	9,830	
14 B型肝炎	12月に至るまで	7,820	
15 ロタウイルス 感染症	1価 6週0日後～24週0日後	14,530	
	5価 6週0日後～32週0日後	9,520	
16 RSウイルス感染症	妊娠28週～妊娠37週に至るまで	30,500	
17 (A類) 予診のみ *引き続き医療となった 場合を除く	90月未満	1,100	
	その他	1,100	
特記事項			

※5歳以上7歳未満の者であって、小学校就学の始期に達する日の1年前の日から当該始期に達する日の前日までの間にある者  
\*昭和37年～昭和54年生まれの男性で、令和6年度末までに風しん抗体検査を実施し陰性だったもの

## 2 B類疾病(1)

## ・高齢者インフルエンザ

接種期間	令和8年10月1日～令和9年1月31日		
対象者	① 接種日当日に65歳以上の者		
	② 60歳以上65歳未満の者であって、心臓、腎臓もしくは呼吸器の機能またはヒト免疫不全ウイルスによる免疫の機能に障害を有する者		
予防接種の種類	委託料金(消費税10%含む)		接種上の留意点
	市町村負担額	自己負担額	
18インフルエンザ	自己負担徴収者	3,400	1,500
	自己負担免除者	4,900	
自己負担免除者	・富岡市福祉事務所長発行の「生活保護受給証明書」を持参した者		
60歳以上65歳未満の心・腎・肺等機能不全者	・富岡市保健センター発行の予診票を持参した者 ・予診票を持参しない場合は、接種前に保健センターへ確認してください。		
特記事項			

## ・高齢者新型コロナウイルス感染症

接種期間	令和8年10月1日～令和9年3月31日		
対象者	① 接種日当日に65歳以上の者		
	② 60歳以上65歳未満の者であって、心臓、腎臓もしくは呼吸器の機能またはヒト免疫不全ウイルスによる免疫の機能に障害を有する者		
予防接種の種類	委託料金(消費税10%含む)		接種上の留意点
	市町村負担額	自己負担額	
19新型コロナウイルス感染症	自己負担徴収者	10,600	5,000
	自己負担免除者	15,600	
自己負担免除者	・富岡市福祉事務所長発行の「生活保護受給証明書」を持参した者		
60歳以上65歳未満の心・腎・肺等機能不全者	・富岡市保健センター発行の予診票を持参した者 ・予診票を持参しない場合は、接種前に保健センターへ確認してください。		
特記事項			

## ・高齢者用肺炎球菌

接種期間	令和8年4月1日～令和9年3月31日		
対象者	① 65歳の者(65歳の誕生日の前日から66歳の誕生日を迎える前日まで)		
	② 60歳以上65歳未満の者であって、心臓、腎臓もしくは呼吸器の機能またはヒト免疫不全ウイルスによる免疫の機能に障害を有する者		
予防接種の種類	委託料金(消費税10%含む)		接種上の留意点
	市町村負担額	自己負担額	
20高齢者用肺炎球菌	自己負担徴収者	8,700	3,000
	自己負担免除者	11,700	
自己負担免除者	・富岡市福祉事務所長発行の「生活保護受給証明書」を持参した者		
60歳以上65歳未満の心・腎・肺等機能不全者	・富岡市保健センター発行の予診票を持参した者 ・予診票を持参しない場合は、接種前に富岡市保健センターへ確認してください。		
特記事項			

## 2 B類疾病(2)

## ・高齢者帯状疱疹

接種期間	令和8年4月1日 ~ 令和9年3月31日			
対象者	① 令和8年度中に65歳、70歳、75歳、80歳、85歳、90歳、95歳、100歳となる者			
	② 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に障害を有する者			
予防接種の種類		委託料金(消費税10%含む)		接種上の留意点
		市町村負担額	自己負担額	
21高齢者帯状疱疹	生ワクチン	自己負担徴収者	4,600	4,000
		自己負担免除者	8,600	
	不活化ワクチン	自己負担徴収者	12,000	10,000
		自己負担免除者	22,000	
自己負担免除者	・富岡市福祉事務所長発行の「生活保護受給証明書」を持参した者			
60歳以上65歳未満の免疫機能不全者	・富岡市保健センター発行の予診票を持参した者 ・予診票を持参しない場合は、接種前に富岡市保健センターへ確認してください。			
特記事項				

## ・B類疾病予診のみ

22 (B類) 予診のみ	委託料金(消費税含む)	留意点
*引き続き医療となった場合を除く		

## 問い合わせ

富岡市健康推進課健康推進係 神保

TEL 0274-64-1901

FAX 0274-64-1969

令和8年度群馬県内相互乗り入れ予防接種料金表

市町村名

中之条町

1 A類疾病

予防接種の種類		委託料金 (消費税10%含む)	接種上の留意点 (対象者、自己負担金等)
1 五種混合 (DPT-IPV-Hib)	1期	2~90月に至るまで	21,700
	2期	2~90月に至るまで	10,600
2 三種混合 (DPT)	1期	3~90月に至るまで	7,900
	2期	11~13歳未満	5,900
3 二種混合 (DT)	1期	12~24月に至るまで	12,100
	2期	特例措置	12,100
	5期	※	10,800
4 麻しん風しん混合	2期	特例措置	10,800
	5期	*	10,000
	1期	12~24月に至るまで	8,500
5 麻しん	2期	特例措置	8,500
	2期	※	7,200
	2期	特例措置	7,200
6 風しん	1期	12~24月に至るまで	8,500
	1期	特例措置	8,500
	2期	※	7,200
7 日本脳炎	2期	特例措置	7,200
	5期	*	6,500
	1期	6~90月に至るまで	7,700
8 BCG	1期	特例措置	6,900
	2期	9~13歳未満	6,900
9 ポリオ (IPV)	2期	特例措置	6,900
	12月に至るまで		12,900
10 ヒトパピローマ ウイルス感染症 (HPVワクチン)	1期	2~90月に至るまで	11,500
11 ヒブ	9価	小6~高1相当の女子	29,600
	2~60月に至るまで		10,200
12 小児用肺炎球菌	15価	2~60月に至るまで	13,300
	20価	2~60月に至るまで	13,300
13 水痘	12~36月に至るまで		10,400
14 B型肝炎	12月に至るまで		7,800
15 ロタウイルス 感染症	1価	6週0日後~24週0日後	16,000
	5価	6週0日後~32週0日後	11,100
16 RSウイルス感染症	妊娠28週~妊娠37週に至るまで		31,800
17 (A類) 予診のみ *引き続き医療となった 場合を除く	90月未満		
	その他		
特記事項			

※5歳以上7歳未満の者であって、小学校就学の始期に達する日の1年前の日から当該始期に達する日の前日までの間にある者

\*昭和37年~昭和54年生まれ男性で、令和6年度末までに風しん抗体検査を実施し陰性だったもの

## 2 B類疾病(1)

## ・高齢者インフルエンザ

接種期間	令和 8年10月1日 ~ 令和 9年3月31日		
対象者	①	接種日当日に65歳以上の者	
	②	60歳以上65歳未満の者であって、心臓、腎臓もしくは呼吸器の機能またはヒト免疫不全ウイルスによる免疫の機能に障害を有する者	
予防接種の種類	委託料金(消費税10%含む)		接種上の留意点
	市町村負担額	自己負担額	
18インフルエンザ	自己負担徴収者	3,500	1,000
	自己負担免除者	4,500	
自己負担免除者	生活保護世帯に属する者 ※被接種者等から申し出のあった場合、接種前に下記に電話で確認をしてください。		
60歳以上65歳未満の心・腎・肺等機能不全者	本人の申請があった場合は、予診票にハイリスクである旨を必ず記載して、医師の署名をお願いいたします。		
特記事項 予診票の個別配布はしていません。被接種者が予診票を持参しなかった場合は、相互乗り入れ予診票(統一様式8)と接種済証(統一様式7)を使用してください。			

## ・高齢者新型コロナウイルス感染症

接種期間	令和 8年10月1日 ~ 令和 9年3月31日		
対象者	①	接種日当日に65歳以上の者	
	②	60歳以上65歳未満の者であって、心臓、腎臓もしくは呼吸器の機能またはヒト免疫不全ウイルスによる免疫の機能に障害を有する者	
予防接種の種類	委託料金(消費税10%含む)		接種上の留意点
	市町村負担額	自己負担額	
19新型コロナウイルス感染症	自己負担徴収者	9,600	6,000
	自己負担免除者	15,600	
自己負担免除者	生活保護世帯に属する者 ※被接種者等から申し出のあった場合、接種前に下記に電話で確認をしてください。		
60歳以上65歳未満の心・腎・肺等機能不全者	本人の申請があった場合は、予診票にハイリスクである旨を必ず記載して、医師の署名をお願いいたします。		
特記事項 予診票の個別配布はしていません。被接種者が予診票を持参しなかった場合は、相互乗り入れ予診票(統一様式11)と接種済証(統一様式10)を使用してください。			

## ・高齢者用肺炎球菌

接種期間	令和8年4月1日 ~ 令和9年3月31日		
対象者	①	65歳の者(65歳の誕生日の前日から66歳の誕生日を迎える前日まで)	
	②	60歳以上65歳未満の者であって、心臓、腎臓もしくは呼吸器の機能またはヒト免疫不全ウイルスによる免疫の機能に障害を有する者	
予防接種の種類	委託料金(消費税10%含む)		接種上の留意点
	市町村負担額	自己負担額	
20高齢者用肺炎球菌	自己負担徴収者	8,800	3,000
	自己負担免除者	11,800	
自己負担免除者	生活保護世帯に属する者 ※被接種者等から申し出のあった場合、接種前に下記に電話で確認をしてください。		
60歳以上65歳未満の心・腎・肺等機能不全者	本人の申請があった場合は、予診票にハイリスクである旨を必ず記載して、医師の署名をお願いいたします。		
特記事項			

## 2 B類疾病(2)

### ・高齢者带状疱疹

接種期間	令和8年4月1日 ~ 令和9年3月31日			
対象者	① 令和8年度中に65歳、70歳、75歳、80歳、85歳、90歳、95歳、100歳となる者			
	② 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に障害を有する者			
予防接種の種類		委託料金(消費税10%含む)		接種上の留意点
		市町村負担額	自己負担額	
21高齢者带状疱疹	生ワクチン	自己負担徴収者	4,500	4,400
		自己負担免除者	8,900	/
	不活化ワクチン	自己負担徴収者	11,100	11,000
		自己負担免除者	22,100	/
自己負担免除者	生活保護世帯に属する者 ※被接種者等から申し出があった場合、接種前に下記に電話で確認をしてください。			
60歳以上65歳未満の免疫機能不全者	本人の申請があった場合は、予診票にハイリスクである旨を必ず記載して、医師の署名をお願いいたします。			
特記事項				

### ・B類疾病予診のみ

22(B類) 予診のみ	委託料金(消費税含む)	留意点
*引き続き医療となった場合を除く	/	

<p>問い合わせ  中之条町役場 保健センター  TEL 0279-75-8833  FAX 0279-76-3013</p>
---

令和8年度群馬県内相互乗り入れ予防接種料金表

市町村名	長野原町
------	------

1 A類疾病

予防接種の種類		委託料金 (消費税10%含む)	接種上の留意点 (対象者、自己負担金等)
1 五種混合 (DPT-IPV-Hib)	1期 2~90月に至るまで	20,500	
2 三種混合 (DPT)	1期 2~90月に至るまで	9,300	
3 二種混合 (DT)	1期 3~90月に至るまで	6,700	
	2期 11~13歳未満	6,000	
4 麻しん風しん混合	1期 12~24月に至るまで	10,700	
	特例措置	10,700	
	2期 ※	10,700	
	特例措置	10,700	
5期 *			
5 麻しん	1期 12~24月に至るまで		
	特例措置		
	2期 ※		
	特例措置		
6 風しん	1期 12~24月に至るまで	7,200	
	特例措置	7,200	
	2期 ※	7,200	
	特例措置	7,200	
5期 *	7,200		
7 日本脳炎	1期 6~90月に至るまで	7,600	
	特例措置	7,600	
	2期 9~13歳未満	6,900	
	特例措置	6,900	
8 BCG	12月に至るまで	11,600	
9 ポリオ (IPV)	1期 2~90月に至るまで		
10 ヒトパピローマウイルス感染症 (HPVワクチン)	9価 小6~高1相当の女子	29,500	
11 ヒブ	2~60月に至るまで	9,000	
12 小児用肺炎球菌	15価 2~60月に至るまで	11,900	
	20価 2~60月に至るまで	12,000	
13 水痘	12~36月に至るまで	9,000	
14 B型肝炎	12月に至るまで	6,900	
15 ロタウイルス感染症	1価 6週0日後~24週0日後	14,500	
	5価 6週0日後~32週0日後	10,400	
16 RSウイルス感染症	妊娠28週~妊娠37週に至るまで	31,900	
17 (A類) 予診のみ *引き続き医療となった場合を除く	90歳未満		
	その他		
特記事項			

※ 5歳以上7歳未満の者であって、小学校就学の始期に達する日の1年前の日から当該始期に達する日の前日までの間にある者  
 \* 昭和37年~昭和54年生まれの男性で、令和6年度末までに風しん抗体検査を実施し陰性だったもの

## 2 B類疾病(1)

## ・高齢者インフルエンザ

接種期間	令和 8年10月 1日 ~ 令和 9年 3月31日		
対象者	① 接種日当日に65歳以上の者		
	② 60歳以上65歳未満の者であって、心臓、腎臓もしくは呼吸器の機能またはヒト免疫不全ウイルスによる免疫の機能に障害を有する者		
予防接種の種類	委託料金(消費税10%含む)		接種上の留意点
	市町村負担額	自己負担額	
18インフルエンザ	自己負担徴収者	3,500	1,000
	自己負担免除者	4,500	
自己負担免除者	本人から生活保護受給中との申請があった場合、接種前に長野原町役場へ連絡し、生活保護受給の対象化否かを確認		
60歳以上65歳未満の心・腎・肺等機能不全者	「ハイリスク者医師証明書」の提出による		
特記事項			

## ・高齢者新型コロナウイルス感染症


接種期間	令和 8年10月 1日 ~ 令和 9年 3月31日		
対象者	① 接種日当日に65歳以上の者		
	② 60歳以上65歳未満の者であって、心臓、腎臓もしくは呼吸器の機能またはヒト免疫不全ウイルスによる免疫の機能に障害を有する者		
予防接種の種類	委託料金(消費税10%含む)		接種上の留意点
	市町村負担額	自己負担額	
19新型コロナウイルス感染症	自己負担徴収者	9,600	6,000
	自己負担免除者	15,600	
自己負担免除者	本人から生活保護受給中との申請があった場合、接種前に長野原町役場へ連絡し、生活保護受給の対象化否かを確認		
60歳以上65歳未満の心・腎・肺等機能不全者	「ハイリスク者医師証明書」の提出による		
特記事項			

## ・高齢者用肺炎球菌

接種期間	令和8年4月1日 ~ 令和9年3月31日		
対象者	① 65歳の者(65歳の誕生日の前日から66歳の誕生日を迎える前日まで)		
	② 60歳以上65歳未満の者であって、心臓、腎臓もしくは呼吸器の機能またはヒト免疫不全ウイルスによる免疫の機能に障害を有する者		
予防接種の種類	委託料金(消費税10%含む)		接種上の留意点
	市町村負担額	自己負担額	
20高齢者用肺炎球菌	自己負担徴収者	8,800	3,000
	自己負担免除者	11,800	
自己負担免除者	本人から生活保護受給中との申請があった場合、接種前に長野原町役場へ連絡し、生活保護受給の対象化否かを確認		
60歳以上65歳未満の心・腎・肺等機能不全者	「ハイリスク者医師証明書」の提出による		
特記事項			

## 2 B類疾病（2）

### ・高齢者带状疱疹

接種期間	令和 8年 4月 1日 ~ 令和 9年 3月31日			
対象者	① 令和8年度中に65歳、70歳、75歳、80歳、85歳、90歳、95歳、100歳となる者			
	② 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に障害を有する者			
 予防接種の種類	委託料金（消費税10%含む）		接種上の留意点	
		市町村負担額		
21高齢者带状疱疹	生ワクチン	自己負担徴収者	4,500	4,400
		自己負担免除者	8,900	
	不活化ワクチン	自己負担徴収者	11,100	11,000
		自己負担免除者	22,100	
自己負担免除者	本人から生活保護受給中との申請があった場合、接種前に長野原町役場へ連絡し、生活保護受給の対象化否かを確認			
60歳以上65歳未満の免疫機能不全者	「ハイリスク者医師証明書」の提出による			
特記事項				

### ・B類疾病予診のみ

22（B類）予診のみ	委託料金（消費税含む）	留意点
*引き続き医療となった場合を除く		

#### 問い合わせ

長野原町健康福祉課保健係 山本  
 TEL 0279-82-2422  
 FAX 0279-82-4281



令和8年度群馬県内相互乗り入れ予防接種料金表

市町村名	南牧村
------	-----

1 A類疾病

予防接種の種類		委託料金 (消費税10%含む)	接種上の留意点 (対象者、自己負担金等)
1 五種混合 (DPT-IPV-Hib)	1期 2~90月に至るまで	21,000	
2 三種混合 (DPT)	1期 2~90月に至るまで	9,450	
3 二種混合 (DT)	1期 3~90月に至るまで	6,250	
	2期 11~13歳未満	6,250	
4 麻しん風しん混合	1期	12~24月に至るまで	11,530
		特例措置	11,530
	2期	※	11,530
		特例措置	11,530
	5期	*	9,850
5 麻しん	1期	12~24月に至るまで	8,720
		特例措置	8,720
	2期	※	8,720
		特例措置	8,720
6 風しん	1期	12~24月に至るまで	8,720
		特例措置	8,720
	2期	※	8,720
		特例措置	8,720
	5期	*	8,850
7 日本脳炎	1期	6~90月に至るまで	7,320
		特例措置	6,820
	2期	9~13歳未満	6,820
		特例措置	6,820
8 BCG	12月に至るまで	12,430	
9 ポリオ (IPV)	1期 2~90月に至るまで	10,030	
10 ヒトパピローマ ウイルス感染症 (HPVワクチン)	9価 小6~高1相当の女子	28,310	
11 ヒブ	2~60月に至るまで	9,100	
12 小児用肺炎球菌	15価 2~60月に至るまで	11,930	
	20価 2~60月に至るまで	11,930	
13 水痘	12~36月に至るまで	9,830	
14 B型肝炎	12月に至るまで	7,820	
15 ロタウイルス 感染症	1価 6週0日後~24週0日後	14,530	
	5価 6週0日後~32週0日後	9,520	
16 RSウイルス感染症	妊娠28週~妊娠37週に至るまで	30,500	
17 (A類) 予診のみ	90月未満	1,100	
*引き続き医療となった 場合を除く	その他	1,100	
特記事項			

※5歳以上7歳未満の者であって、小学校就学の始期に達する日の1年前の日から当該始期に達する日の前日までの間にある者

\*昭和37年~昭和54年生まれの男性で、令和6年度末までに風しん抗体検査を実施し陰性だったもの

## 2 B類疾病(1)

## ・高齢者インフルエンザ

接種期間	令和8年10月1日 ~ 令和9年1月31日		
対象者	① 接種日当日に65歳以上の者		
	② 60歳以上65歳未満の者であって、心臓、腎臓もしくは呼吸器の機能またはヒト免疫不全ウイルスによる免疫の機能に障害を有する者		
予防接種の種類	委託料金(消費税10%含む)		接種上の留意点
	市町村負担額	自己負担額	
18インフルエンザ	自己負担徴収者	3,400	1,500
	自己負担免除者	4,900	
自己負担免除者	生活保護受給証明書を持参した者		
60歳以上65歳未満の心・腎・肺等機能不全者	南牧村から交付された予診票を持参した者		
特記事項			

## ・高齢者新型コロナウイルス感染症

接種期間	令和8年10月1日 ~ 令和9年3月31日		
対象者	① 接種日当日に65歳以上の者		
	② 60歳以上65歳未満の者であって、心臓、腎臓もしくは呼吸器の機能またはヒト免疫不全ウイルスによる免疫の機能に障害を有する者		
予防接種の種類	委託料金(消費税10%含む)		接種上の留意点
	市町村負担額	自己負担額	
19新型コロナウイルス感染症	自己負担徴収者	12,600	3,000
	自己負担免除者	15,600	
自己負担免除者	生活保護受給証明書を持参した者		
60歳以上65歳未満の心・腎・肺等機能不全者	南牧村から交付された予診票を持参した者		
特記事項			

## ・高齢者用肺炎球菌

接種期間	令和8年4月1日 ~ 令和9年3月31日		
対象者	① 65歳の者(65歳の誕生日の前日から66歳の誕生日を迎える前日まで)		
	② 60歳以上65歳未満の者であって、心臓、腎臓もしくは呼吸器の機能またはヒト免疫不全ウイルスによる免疫の機能に障害を有する者		
予防接種の種類	委託料金(消費税10%含む)		接種上の留意点
	市町村負担額	自己負担額	
20高齢者用肺炎球菌	自己負担徴収者	8,700	3,000
	自己負担免除者	11,700	
自己負担免除者	生活保護受給証明書を持参した者		
60歳以上65歳未満の心・腎・肺等機能不全者	南牧村から交付された予診票を持参した者		
特記事項			

## 2 B類疾病(2)

### ・高齢者带状疱疹

接種期間	令和8年4月1日 ~ 令和9年3月31日			
対象者	①	令和8年度中に65歳、70歳、75歳、80歳、85歳、90歳、95歳、100歳となる者		
	②	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に障害を有する者		
予防接種の種類		委託料金(消費税10%含む)		接種上の留意点
		市町村負担額	自己負担額	
21高齢者带状疱疹	生ワクチン	自己負担徴収者	4,600	4,000
		自己負担免除者	8,600	/
	不活化ワクチン	自己負担徴収者	12,000	10,000
		自己負担免除者	22,000	/
自己負担免除者	生活保護受給証明書を持参した者			
60歳以上65歳未満の免疫機能不全者	南牧村から交付された予診票を持参した者			
特記事項				

### ・B類疾病予診のみ

22(B類)予診のみ *引き続き医療となった場合を除く	委託料金(消費税含む)	留意点
	/	

#### 問い合わせ

南牧村役場 保健福祉課 保健福祉係

TEL 0274-87-2011

FAX 0274-87-3628

## 令和8年度群馬県内相互乗り入れ予防接種料金表

市町村名

沼田市

## 1 A類疾病

予防接種の種類		委託料金 (消費税10%含む)	接種上の留意点 (対象者、自己負担金等)
1 五種混合 (DPT-IPV-Hib)	1期	2～90月に至るまで	20,770
2 三種混合 (DPT)	1期	2～90月に至るまで	11,240
3 二種混合 (DT)	1期	3～90月に至るまで	8,600
	2期	11～13歳未満	6,340
4 麻しん風しん混合	1期	12～24月に至るまで	12,570
		特例措置	12,570
	2期	※	11,140
		特例措置	10,320
	5期	*	10,527
5 麻しん	1期	12～24月に至るまで	9,010
		特例措置	9,010
	2期	※	7,580
		特例措置	6,760
6 風しん	1期	12～24月に至るまで	9,010
		特例措置	9,010
	2期	※	7,580
		特例措置	6,760
	5期	*	6,760
7 日本脳炎	1期	6～90月に至るまで	8,050
		特例措置	7,220
	2期	9～13歳未満	7,220
		特例措置	7,220
8 BCG	12月に至るまで		13,220
9 ポリオ (IPV)	1期	2～90月に至るまで	10,630
10 ヒトパピローマ ウイルス感染症 (HPVワクチン)	9価	小6～高1相当の女子	28,210
11 ヒブ	2～60月に至るまで		9,540
12 小児用肺炎球菌	15価	2～60月に至るまで	12,560
	20価	2～60月に至るまで	12,560
13 水痘	12～36月に至るまで		9,590
14 B型肝炎	12月に至るまで		7,210
15 ロタウイルス 感染症	1価	6週0日後～24週0日後	15,310
	5価	6週0日後～32週0日後	10,280
16 RSウイルス感染症	妊娠28週～妊娠37週に至るまで		30,090
17 (A類) 予診のみ *引き続き医療となった 場合を除く	90月未満		
	その他		

特記事項 対象者には、個別に定期接種予診票を配布しています。なお、未就学児には、予防接種予診票綴により予診票を配布しています。

※5歳以上7歳未満の者であって、小学校就学の始期に達する日の1年前の日から当該始期に達する日の前日までの間にある者  
\*昭和37年～昭和54年生まれの男性で、令和6年度末までに風しん抗体検査を実施し陰性だったもの

## 2 B類疾病（1）

### ・高齢者インフルエンザ

接種期間	令和 8年10月 1日 ~ 令和 9年 1月31日		
対象者	① 接種日当日に65歳以上の者		
	② 60歳以上65歳未満の者であって、心臓、腎臓もしくは呼吸器の機能またはヒト免疫不全ウイルスによる免疫の機能に障害を有する者		
予防接種の種類	委託料金（消費税10%含む）		接種上の留意点
	市町村負担額	自己負担額	
18インフルエンザ	自己負担徴収者	3,800	1,200
	自己負担免除者	5,000	
自己負担免除者	生活保護受給者		
60歳以上65歳未満の心・腎・肺等機能不全者	予診票の質問事項3番目右の医師記入欄に、厚生労働省令の該当する記号を記載してください。		
特記事項 対象者には、予防接種受診シールを個別に配布しています。予診票は相互乗り入れ用予診票（統一様式8）を使用し、受診シールを予診票左上に貼付してください。			

### ・高齢者新型コロナウイルス感染症

接種期間	令和 8年10月 1日 ~ 令和 9年 3月31日		
対象者	① 接種日当日に65歳以上の者		
	② 60歳以上65歳未満の者であって、心臓、腎臓もしくは呼吸器の機能またはヒト免疫不全ウイルスによる免疫の機能に障害を有する者		
予防接種の種類	委託料金（消費税10%含む）		接種上の留意点
	市町村負担額	自己負担額	
19新型コロナウイルス感染症	自己負担徴収者	10,670	5,000
	自己負担免除者	15,670	
自己負担免除者	生活保護受給者		
60歳以上65歳未満の心・腎・肺等機能不全者	予診票の質問事項3番目右の医師記入欄に、厚生労働省令の該当する記号を記載してください。		
特記事項 対象者には、予防接種受診シールを個別に配布しています。予診票は相互乗り入れ用予診票（統一様式11）を使用し、受診シールを予診票左上に貼付してください。			

### ・高齢者用肺炎球菌

接種期間	令和8年4月1日 ~ 令和9年3月31日		
対象者	① 65歳の者（65歳の誕生日の前日から66歳の誕生日を迎える前日まで）		
	② 60歳以上65歳未満の者であって、心臓、腎臓もしくは呼吸器の機能またはヒト免疫不全ウイルスによる免疫の機能に障害を有する者		
予防接種の種類	委託料金（消費税10%含む）		接種上の留意点
	市町村負担額	自己負担額	
20高齢者用肺炎球菌	自己負担徴収者	7,720	4,000
	自己負担免除者	11,720	
自己負担免除者	生活保護受給者		
60歳以上65歳未満の心・腎・肺等機能不全者	予診票の質問事項3番目右の医師記入欄に、厚生労働省令の該当する記号を記載してください。		
特記事項 65歳の対象者には、定期接種予診票を個別に配布しています。			

## 2 B類疾病(2)

## ・高齢者带状疱疹

接種期間	令和8年4月1日～令和9年3月31日			
対象者	① 令和8年度中に65歳、70歳、75歳、80歳、85歳、90歳、95歳、100歳となる者			
	② 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に障害を有する者			
予防接種の種類		委託料金(消費税10%含む)		接種上の留意点
		市町村負担額	自己負担額	
21高齢者带状疱疹	生ワクチン	自己負担徴収者	4,860	4,000
		自己負担免除者	8,860	
	不活化ワクチン	自己負担徴収者	12,060	10,000
		自己負担免除者	22,060	
自己負担免除者	生活保護受給者			
60歳以上65歳未満の免疫機能不全者	予診票の質問事項4番目右の医師記入欄に、厚生労働省令の該当する記号を記載してください。			
特記事項 65歳以上の対象者には、定期接種予診票を個別に配布しています。				

## ・B類疾病予診のみ

22(B類)予診のみ *引き続き医療となった場合を除く	委託料金(消費税含む)	留意点

## 問合せ

沼田市健康福祉部健康課予防係

TEL 0278-23-2111

FAX 0278-24-5179

## 令和8年度群馬県内相互乗り入れ予防接種料金表

市町村名 東吾妻町

## 1 A類疾病

予防接種の種類		委託料金 (消費税10%含む)	接種上の留意点 (対象者、自己負担金等)
1 五種混合 (DPT-IPV-Hib)	1期	2～90月に至るまで 21,700	
2 三種混合 (DPT)	1期	2～90月に至るまで 10,600	
3 二種混合 (DT)	1期	3～90月に至るまで 7,900	
	2期	11～13歳未満 5,900	
4 麻しん風しん混合	1期	12～24月に至るまで 12,100	
		特例措置 12,100	
	2期	※ 10,800	
		特例措置 10,800	
	5期	* 10,000	
5 麻しん	1期	12～24月に至るまで 8,500	
		特例措置 8,500	
	2期	※ 7,200	
		特例措置 7,200	
6 風しん	1期	12～24月に至るまで 8,500	
		特例措置 8,500	
	2期	※ 7,200	
		特例措置 7,200	
	5期	* 6,500	
7 日本脳炎	1期	6～90月に至るまで 7,700	
		特例措置 7,700	
	2期	9～13歳未満 6,900	
		特例措置 6,900	
8 BCG	12月に至るまで 12,900		
9 ポリオ (IPV)	1期	2～90月に至るまで 11,500	
10 ヒトパピローマ ウイルス感染症	9価	小6～高1相当の女子 29,600	
11 ヒブ	2～60月に至るまで 10,200		
12 小児用肺炎球菌	15価	2～60月に至るまで 13,300	
	20価	2～60月に至るまで 13,300	
13 水痘	12～36月に至るまで 10,400		
14 B型肝炎	12月に至るまで 7,800		
15 ロタウイルス 感染症	1価	6週0日後～24週0日後 16,000	
	5価	6週0日後～32週0日後 11,100	
16 RSウイルス感染症	妊娠28週～妊娠37週に至るまで 31,800		
17 (A類) 予診のみ	90月未満		
*引き続き医療となった 場合を除く	その他		
特記事項			

※5歳以上7歳未満の者であって、小学校就学の始期に達する日の1年前の日から当該始期に達する日の前日まで  
\*昭和37年～昭和54年生まれの男性で、令和6年度末までに風しん抗体検査を実施し陰性だったもの

## 2 B類疾病(1)

## ・高齢者インフルエンザ

接種期間	令和8年10月1日 ~ 令和9年3月31日			
対象者	① 接種日当日に65歳以上の者			
	② 60歳以上65歳未満の者であって、心臓、腎臓もしくは呼吸器の機能またはヒト免疫不全ウイルスによる免疫の機能に障害を有する者			
予防接種の種類	委託料金(消費税10%含む)		接種上の留意点	
	市町村負担額	自己負担額		
18インフルエンザ	自己負担徴収者	3,500	1,000	保険証等により、希望者の住所・生年月日を必ず確認して下さい。
	自己負担免除者	4,500		
自己負担免除者	生活保護世帯に属する者 ※被接種者より医療機関窓口に申し出のあった場合は、接種前に下記へ電話で確認をして下さい。			
60歳以上65歳未満の心・腎・肺等機能不全者	本人の申請があった場合は、医療機関で予診票に必要事項を必ず記載して、医師の署名をして下さい。			
特記事項				

## ・高齢者新型コロナウイルス感染症

接種期間	令和8年10月1日 ~ 令和9年3月31日			
対象者	① 接種日当日に65歳以上の者			
	② 60歳以上65歳未満の者であって、心臓、腎臓もしくは呼吸器の機能またはヒト免疫不全ウイルスによる免疫の機能に障害を有する者			
予防接種の種類	委託料金(消費税10%含む)		接種上の留意点	
	市町村負担額	自己負担額		
19新型コロナウイルス感染症	自己負担徴収者	9,600	6,000	保険証等により、希望者の住所・生年月日を必ず確認して下さい。
	自己負担免除者	15,600		
自己負担免除者	生活保護世帯に属する者 ※被接種者より医療機関窓口に申し出のあった場合は、接種前に下記へ電話で確認をして下さい。			
60歳以上65歳未満の心・腎・肺等機能不全者	本人の申請があった場合は、医療機関で予診票に必要事項を必ず記載して、医師の署名をして下さい。			
特記事項				

## ・高齢者用肺炎球菌

接種期間	令和8年4月1日 ~ 令和9年3月31日			
対象者	① 65歳の者(65歳の誕生日の前日から66歳の誕生日を迎える前日まで)			
	② 60歳以上65歳未満の者であって、心臓、腎臓もしくは呼吸器の機能またはヒト免疫不全ウイルスによる免疫の機能に障害を有する者			
予防接種の種類	委託料金(消費税10%含む)		接種上の留意点	
	市町村負担額	自己負担額		
20高齢者用肺炎球菌	自己負担徴収者	8,800	3,000	保険証等により、希望者の住所・生年月日を必ず確認して下さい。
	自己負担免除者	11,800		
自己負担免除者	生活保護世帯に属する者 ※被接種者より医療機関窓口に申し出のあった場合は、接種前に下記へ電話で確認をして下さい			
60歳以上65歳未満の心・腎・肺等機能不全者	本人の申請があった場合は、医療機関で予診票に必要事項を必ず記載して、医師の署名をして下さい。			
特記事項 原則、町から個別に通知した紫色の予診票(予診票の裏面が通知となっていて宛名が印字してあるもの)を使っていただきます。対象者が希望していて紛失している場合には、下記に電話で確認をして下さい。				

2 B類疾病(2)

・高齢者带状疱疹

接種期間	令和8年4月1日 ~ 令和9年3月31日				
対象者	①	令和8年度中に65歳、70歳、75歳、80歳、85歳、90歳、95歳、100歳となる者			
	②	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に障害を有する者			
予防接種の種類		委託料金(消費税10%含む)		接種上の留意点	
		市町村負担額	自己負担額		
21高齢者带状疱疹	生ワクチン	自己負担徴収者	4,500	4,400	保険証等により、希望者の住所・生年月日を必ず確認して下さい。
		自己負担免除者	8,900		
	不活化ワクチン	自己負担徴収者	11,100	11,000	保険証等により、希望者の住所・生年月日を必ず確認して下さい。
		自己負担免除者	22,100		
自己負担免除者	生活保護世帯に属する者 ※被接種者より医療機関窓口申し出のあった場合は、接種前に下記へ電話で確認して下さい				
60歳以上65歳未満の免疫機能不全者	本人の申請があった場合は、医療機関で予診票に必要事項を必ず記載して、医師の署名をして下さい。				
特記事項 原則、町から個別に通知した黄緑色の予診票(予診票の裏面が通知となっていて宛名が印字してあるもの)を使っていただきます。対象者が希望していて紛失している場合には、下記に電話で確認して下さい。					

・B類疾病予診のみ

22(B類) 予診のみ	委託料金(消費税含む)	留意点
*引き続き医療となった場合を除く		

問い合わせ  
 東吾妻町 保健福祉課 保健センター  
 TEL 0279-68-5021 (直通)  
 FAX 0279-68-3711

## 令和8年度群馬県内相互乗り入れ予防接種料金表

市町村名 藤岡市

## 1 A類疾病

予防接種の種類		委託料金 (消費税10%含む)	接種上の留意点 (対象者、自己負担金等)	
1 五種混合 (DPT-IPV-Hib)	1期	2～90月に至るまで	22,143	藤岡市予防接種予診票であることを確認
	2期	2～90月に至るまで	10,358	〃
2 三種混合 (DPT)	1期	3～90月に至るまで	6,283	〃
	2期	11～13歳未満	6,283	〃
3 二種混合 (DT)	1期	12～24月に至るまで	11,523	〃
		特例措置	11,523	〃
	2期	※	11,523	〃
		特例措置	11,523	〃
	5期	*	10,142	(対象者) R6年度までに抗体検査を受けて、抗体がないと確認がとれる人
4 麻しん風しん混合	1期	12～24月に至るまで	7,751	藤岡市予防接種予診票であることを確認
		特例措置	7,751	〃
	2期	※	7,751	〃
		特例措置	7,751	〃
5 麻しん	1期	12～24月に至るまで	7,751	〃
		特例措置	7,751	〃
	2期	※	7,751	〃
		特例措置	7,751	〃
6 風しん	1期	12～24月に至るまで	7,751	〃
		特例措置	7,751	〃
	2期	※	7,751	〃
		特例措置	7,751	〃
7 日本脳炎	1期	6～90月に至るまで	7,437	藤岡市予防接種予診票であることを確認
		特例措置	7,437	〃
	2期	9～13歳未満	7,437	〃
		特例措置	7,437	〃
8 BCG	12月に至るまで	11,693	〃	
9 ポリオ (IPV)	1期	2～90月に至るまで	10,265	〃
10 ヒトパピローマ ウイルス感染症 (HPVワクチン)	9価	小6～高1相当の女子	28,798	〃
11 ヒブ	2～60月に至るまで		9,462	〃
12 小児用肺炎球菌	15価	2～60月に至るまで	12,173	〃
	20価	2～60月に至るまで	12,173	〃
13 水痘	12～36月に至るまで		9,405	〃
14 B型肝炎	12月に至るまで		ビームゲン 6,865	〃
			ヘプタバックス 7,154	〃
15 ロタウイルス 感染症	1価	6週0日後～24週0日後	15,213	〃
	5価	6週0日後～32週0日後	10,186	〃
16 RSウイルス感染症	妊娠28週～妊娠37週に至るまで		30,148	〃
17 (A類) 予診のみ	90月未満		775	〃
*引き続き医療となった 場合を除く	その他		775	
特記事項 問い合わせ先：藤岡市子育て応援課母子保健係 (TEL) 0274-50-7805 (FAX) 0274-22-7502				

※5歳以上7歳未満の者であって、小学校就学の始期に達する日の1年前の日から当該始期に達する日の前日までの間にある者

\*昭和37年～昭和54年生まれの男性で、令和6年度末までに風しん抗体検査を実施し陰性だったもの

## 2 B類疾病(1)

### ・高齢者インフルエンザ

接種期間	令和8年10月1日～令和8年12月31日		
対象者	①接種日当日に65歳以上の者		
	②60歳以上65歳未満の者であって、心臓、腎臓もしくは呼吸器の機能またはヒト免疫不全ウイルスによる免疫の機能に障害を有する者		
予防接種の種類	委託料金(消費税10%含む)		接種上の留意点
	市町村負担額	自己負担額	
18インフルエンザ	自己負担徴収者	3,915	1,200
	自己負担免除者	5,115	
自己負担免除者	自治体が発行した自己負担免除者証明書または生活保護受給者証明書を提出したもの		
60歳以上65歳未満の心・腎・肺等機能不全者	医療機関で予診票裏面に必要事項の記載があった者		
特記事項	問い合わせは、藤岡市役所健康づくり課健康増進係 Tel 0274-22-1211(代表) 0274-50-7801(直通) Fax 0274-22-7502		

### ・高齢者新型コロナウイルス感染症

接種期間	令和8年10月1日～令和8年12月31日		
対象者	①接種日当日に65歳以上の者		
	②60歳以上65歳未満の者であって、心臓、腎臓もしくは呼吸器の機能またはヒト免疫不全ウイルスによる免疫の機能に障害を有する者		
予防接種の種類	委託料金(消費税10%含む)		接種上の留意点
	市町村負担額	自己負担額	
19新型コロナウイルス感染症	自己負担徴収者	13,600	1,700
	自己負担免除者	15,300	
自己負担免除者	自治体が発行した自己負担免除者証明書または生活保護受給者証明書を提出したもの		
60歳以上65歳未満の心・腎・肺等機能不全者	医療機関で予診票裏面に必要事項の記載があった者		
特記事項	問い合わせは、藤岡市役所健康づくり課健康増進係 Tel 0274-22-1211(代表) 0274-50-7801(直通) Fax 0274-22-7502		

### ・高齢者用肺炎球菌

接種期間	令和8年4月1日～令和9年3月31日		
対象者	①65歳の者(65歳の誕生日の前日から66歳の誕生日を迎える前日まで)		
	②60歳以上65歳未満の者であって、心臓、腎臓もしくは呼吸器の機能またはヒト免疫不全ウイルスによる免疫の機能に障害を有する者		
予防接種の種類	委託料金(消費税10%含む)		接種上の留意点
	市町村負担額	自己負担額	
20高齢者用肺炎球菌	自己負担徴収者	7,720	4,000
	自己負担免除者	11,720	
自己負担免除者	自治体が発行した自己負担免除者証明書または生活保護受給者証明書を提出したもの		
60歳以上65歳未満の心・腎・肺等機能不全者	医療機関で予診票裏面に必要事項の記載があった者		
特記事項	問い合わせは、藤岡市役所健康づくり課健康増進係 Tel 0274-22-1211(代表) 0274-50-7801(直通) Fax 0274-22-7502		

## 2 B類疾病(2)

### ・高齢者帯状疱疹

接種期間	令和8年4月1日 ~ 令和9年3月31日				
対象者	① 令和8年度中に65歳、70歳、75歳、80歳、85歳、90歳、95歳、100歳となる者				
	② 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に障害を有する者				
予防接種の種類		委託料金(消費税10%含む)		接種上の留意点	
		市町村負担額	自己負担額		
21高齢者帯状疱疹	生ワクチン	自己負担徴収者	4,460	4,400	生ワクチンと不活化ワクチンの交互接種は認められ
		自己負担免除者	8,860		
	不活化ワクチン	自己負担徴収者	10,060	12,000	一回の金額
		自己負担免除者	22,060		
自己負担免除者	自治体が発行した自己負担免除者証明書または生活保護受給者証明書を提出したもの				
60歳以上65歳未満の免疫機能不全者	医療機関で予診票裏面に必要事項の記載があった者				
特記事項	問い合わせは、藤岡市役所健康づくり課健康増進係 Tel 0274-22-1211(代表) 0274-50-7801(直通) Fax 0274-22-7502				

### ・B類疾病予診のみ

22(B類)予診のみ	委託料金(消費税含む)	留意点
*引き続き医療となった場合を除く		

問い合わせ 藤岡市子育て応援課母子保健係 入野 TEL 0274-50-7805 FAX 0274-22-7502
--

## 令和8年度群馬県内相互乗り入れ予防接種料金表

市町村名

前橋市

## 1 A類疾病

予防接種の種類		委託料金 (円) (消費税10%含む)	接種上の留意点 (対象者、自己負担金等)	
1 五種混合 (DPT-IPV-Hib)	1期 2～90月に至るまで	20,735		
2 三種混合 (DPT)	1期 2～90月に至るまで	9,966	接種する場合は、事前に保健予防課へ連絡してください。	
3 二種混合 (DT)	1期 3～90月に至るまで	7,326	接種する場合は、事前に保健予防課へ連絡してください。	
	2期 11～13歳未満	6,501		
4 麻しん風しん混合	1期 12～24月に至るまで	特例措置	11,176	
		※	11,176	
	2期	特例措置	11,176	
		*	10,351	
	5期			
5 麻しん	1期 12～24月に至るまで	特例措置	7,579	
		※	7,579	
	2期	特例措置	7,579	
		*	6,754	
	5期			
6 風しん	1期 12～24月に至るまで	特例措置	7,579	
		※	7,579	
	2期	特例措置	7,579	
		*	6,754	
	5期			
7 日本脳炎	1期 6～90月に至るまで	特例措置	7,216	特例措置用の予診票を発行しています。
		9～13歳未満	7,216	
	2期	特例措置	7,216	特例措置用の予診票を発行しています。
8 BCG	12月に至るまで	11,616		
9 ポリオ (IPV)	1期 2～90月に至るまで	10,461		
10 ヒトパピローマ ウイルス感染症 (HPVワクチン)	9価 小6～高1相当の女子	28,504		
11 ヒブ	2～60月に至るまで	9,572		
12 小児用肺炎球菌	15価 2～60月に至るまで	12,551		
	20価 2～60月に至るまで	12,551		
13 水痘	12～36月に至るまで	9,416		
14 B型肝炎	12月に至るまで	7,068		
15 ロタウイルス 感染症	1価 6週0日後～24週0日後	15,136		
	5価 6週0日後～32週0日後	10,109		
16 RSウイルス感染症	妊娠28週～妊娠37週に至るまで	29,931		
17 (A類) 予診のみ	90月未満	825		
*引き続き医療となった 場合を除く	その他	825		

特記事項 請求書について、訂正は二重線で消し代表者印で訂正印を押してください。ただし、金額の訂正はできません。  
修正テープを用いた訂正、消せるボールペンでの記入、訂正印のない訂正は不可です。

※5歳以上7歳未満の者であって、小学校就学の始期に達する日の1年前の日から当該始期に達する日の前日までの間にある者  
\*昭和37年～昭和54年生まれの男性で、令和6年度末までに風しん抗体検査を実施し陰性だったもの

## 2 B類疾病(1)

## ・高齢者インフルエンザ

接種期間	令和8年10月1日～令和8年12月31日 (ただし、昭和36年12月20日から昭和36年12月31日までに生まれた人は、令和9年1月15日まで接種期間を延長します。)		
対象者	① 接種日当日に65歳以上の者		
	② 60歳以上65歳未満の者であって、心臓、腎臓もしくは呼吸器の機能またはヒト免疫不全ウイルスによる免疫の機能に障害を有する者		
予防接種の種類	委託料金(消費税10%含む)		接種上の留意点
		市町村負担額(円)	
18インフルエンザ	自己負担徴収者	3,791	1,500
	自己負担免除者	5,291	
自己負担免除者	<ul style="list-style-type: none"> <li>本人から申告があった場合は、生活保護世帯又は「中国残留邦人等の円滑な帰国促進及び永住帰国後の自立の支援に関する法律」による支援給付受給世帯に該当することを生活保護受給者証等で確認してください。</li> <li>予診票の記入は「1生活保護世帯等に属するもの」を選択してください。</li> </ul>		
60歳以上65歳未満の心・腎・肺等機能不全者	<ul style="list-style-type: none"> <li>厚生労働省令該当者であることを確認の上、予診を行ってください。</li> <li>予診票を被接種者が所有していない場合は、市へ予診票を請求させてから接種させてください。</li> </ul>		
特記事項 対象者①と、対象者②のうち令和7年度に市の予診票を使用して高齢者インフルエンザ予防接種を受けた人には、9月下旬に予診票を郵送しますので、原則予診票が届いてから接種していただくようお願いいたします。			

## ・高齢者新型コロナウイルス感染症

接種期間	令和8年10月1日～令和8年12月31日 (ただし、昭和36年12月20日から昭和36年12月31日までに生まれた人は、令和9年1月15日まで接種期間を延長します。)		
対象者	① 接種日当日に65歳以上の者		
	② 60歳以上65歳未満の者であって、心臓、腎臓もしくは呼吸器の機能またはヒト免疫不全ウイルスによる免疫の機能に障害を有する者		
予防接種の種類	委託料金(消費税10%含む)		接種上の留意点
		市町村負担額(円)	
19新型コロナウイルス感染症	自己負担徴収者	10,741	5,000
	自己負担免除者	15,741	
自己負担免除者	<ul style="list-style-type: none"> <li>本人から申告があった場合は、生活保護世帯又は「中国残留邦人等の円滑な帰国促進及び永住帰国後の自立の支援に関する法律」による支援給付受給世帯に該当することを生活保護受給者証等で確認してください。</li> <li>予診票の記入は「1生活保護世帯等に属するもの」を選択してください。</li> </ul>		
60歳以上65歳未満の心・腎・肺等機能不全者	<ul style="list-style-type: none"> <li>厚生労働省令該当者であることを確認の上、予診を行ってください。</li> <li>予診票を被接種者が所有していない場合は、市へ予診票を請求させてから接種させてください。</li> </ul>		
特記事項 予診票は、高齢者インフルエンザ予防接種の予診票に同封します。9月下旬に郵送しますので、原則予診票が届いてから接種していただくようお願いいたします。			

## ・高齢者用肺炎球菌

接種期間	令和8年4月1日～令和9年3月31日 (65歳の誕生日の前日から66歳の誕生日を迎える前日まで)		
対象者	① 65歳の者		
	② 60歳以上65歳未満の者であって、心臓、腎臓もしくは呼吸器の機能またはヒト免疫不全ウイルスによる免疫の機能に障害を有する者		
予防接種の種類	委託料金(消費税10%含む)		接種上の留意点
		市町村負担額(円)	
20高齢者用肺炎球菌	自己負担徴収者	8,226	3,500
	自己負担免除者	11,726	
自己負担免除者	<ul style="list-style-type: none"> <li>本人から申告があった場合は、生活保護世帯又は「中国残留邦人等の円滑な帰国促進及び永住帰国後の自立の支援に関する法律」による支援給付受給世帯に該当することを生活保護受給者証等で確認してください。</li> <li>予診票の記入は「1生活保護世帯等に属するもの」を選択してください。</li> </ul>		
60歳以上65歳未満の心・腎・肺等機能不全者	<ul style="list-style-type: none"> <li>厚生労働省令該当者であることを確認の上、予診を行ってください。</li> <li>予診票を被接種者が所有していない場合は、市へ予診票を請求させてから接種させてください。</li> </ul>		
特記事項 予診票は、誕生日の翌月上旬に郵送します。原則予診票が届いてから接種していただくようお願いいたします。			

## 2 B類疾病(2)

## ・高齢者带状疱疹

接種期間	令和8年4月1日 ~ 令和9年3月31日			
対象者	① 令和8年度中に65歳、70歳、75歳、80歳、85歳、90歳、95歳、100歳となる者			
	② 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に障害を有する者			
予防接種の種類		委託料金(消費税10%含む)		接種上の留意点
		市町村負担額(円)	自己負担額(円)	
21高齢者带状疱疹	生ワクチン	自己負担徴収者	4,591	4,000
		自己負担免除者	8,591	
	不活化ワクチン	自己負担徴収者	9,791	12,000
		自己負担免除者	21,791	
自己負担免除者	<ul style="list-style-type: none"> <li>・本人から申告があった場合は、生活保護世帯又は「中国残留邦人等の円滑な帰国促進及び永住帰国後の自立の支援に関する法律」による支援給付受給世帯に該当することを生活保護受給者証等で確認してください。</li> <li>・予診票の記入は「1生活保護世帯等に属するもの」を選択してください。</li> </ul>			
60歳以上65歳未満の免疫機能不全者	<ul style="list-style-type: none"> <li>・予診票を被接種者が所有していない場合は、市へ予診票を請求させてから接種させてください。</li> </ul>			
特記事項 対象者①には、4月上旬に予診票を郵送します。原則予診票が届いてから接種するようお願いいたします。				

## ・B類疾病予診のみ

22 (B類) 予診のみ	委託料金(円) (消費税含む)	留意点
*引き続き医療となった場合を除く	825	

## 問い合わせ

前橋市 保健予防課 予防接種係

TEL: 027-212-3707

FAX: 027-224-0630

## 令和8年度群馬県内相互乗り入れ予防接種料金表

市町村名

みどり市

## 1 A類疾病

予防接種の種類		委託料金 (消費税10%含む)	接種上の留意点 (対象者、自己負担金等)
1 五種混合 (DPT-IPV-Hib)	1期 2～90月に至るまで	20,650円	
2 三種混合 (DPT)	1期 2～90月に至るまで	9,920円	
3 二種混合 (DT)	1期 3～90月に至るまで	6,340円	小学6年生に予診票を送付しています。
	2期 11～13歳未満		
4 麻しん風しん混合	1期 12～24月に至るまで	12,550円	
	特例措置	12,550円	
	2期 ※	11,120円	
	特例措置	11,120円	
5 麻しん	5期 *	10,300円	
	1期 12～24月に至るまで	8,980円	
	特例措置	8,980円	
	2期 ※	7,550円	
特例措置	7,550円		
6 風しん	1期 12～24月に至るまで	8,990円	
	特例措置	8,990円	
	2期 ※	7,560円	
	特例措置	7,560円	
7 日本脳炎	5期 *	6,730円	
	1期 6～90月に至るまで	8,040円	3歳未満に接種する場合は、事前に電話で連絡をお願いします。
	特例措置	7,220円	平成7年4月2日から平成19年4月1日生まれの者であって、生後90か月以上20歳未満の者
	2期 9～13歳未満	7,220円	小学4年生に予診票を送付しています。
特例措置	7,220円	平成7年4月2日から平成19年4月1日生まれの者であって、9歳以上20歳未満の者	
8 BCG	12月に至るまで	13,050円	
9 ポリオ (IPV)	1期 2～90月に至るまで	10,580円	
10 ヒトパピローマ ウイルス感染症 (HPVワクチン)	9価 小6～高1相当の女子	28,720円	
11 ヒブ	2～60月に至るまで	10,020円	
12 小児用肺炎球菌	15価 2～60月に至るまで	12,510円	
	20価 2～60月に至るまで	12,510円	
13 水痘	12～36月に至るまで	10,850円	
14 B型肝炎	12月に至るまで	7,780円	
15 ロタウイルス 感染症	1価 6週0日後～24週0日後	16,290円	
	5価 6週0日後～32週0日後	11,260円	
16 RSウイルス感染症	妊娠28週～妊娠37週に至るまで	30,090円	
17 (A類) 予診のみ	90月未満	1,820円	
*引き続き医療となった 場合を除く	その他	1,400円	
特記事項			

※ 5歳以上7歳未満の者であって、小学校就学の始期に達する日の1年前の日から当該始期に達する日の前日までの間にある者

\* 昭和37年～昭和54年生まれ男性で、令和6年度末までに風しん抗体検査を実施し陰性だったもの

## 2 B類疾病（1）

### ・高齢者インフルエンザ

接種期間	令和 8年 10月 1日 ~ 令和 9年 1月 31日		
対象者	① 接種日当日に65歳以上の者		
	② 60歳以上65歳未満の者であって、心臓、腎臓もしくは呼吸器の機能またはヒト免疫不全ウイルスによる免疫の機能に障害を有する者		
予防接種の種類	委託料金（消費税10%含む）		接種上の留意点
	市町村負担額	自己負担額	
18インフルエンザ	自己負担徴収者	4,290円	1,000円
	自己負担免除者	5,290円	
自己負担免除者	対象者は生活保護世帯の者のみで、免除申請書の提出が必要です。本人からの申し出があった場合には接種前に市へ電話連絡をしてください。		
60歳以上65歳未満の心・腎・肺等機能不全者	接種希望者には、健康管理課で予診票を交付します。身体障害者手帳を持参してください（家族申請可）。		
特記事項			

### ・高齢者新型コロナウイルス感染症

接種期間	令和 8年 10月 1日 ~ 令和 9年 1月 31日		
対象者	① 接種日当日に65歳以上の者		
	② 60歳以上65歳未満の者であって、心臓、腎臓もしくは呼吸器の機能またはヒト免疫不全ウイルスによる免疫の機能に障害を有する者		
予防接種の種類	委託料金（消費税10%含む）		接種上の留意点
	市町村負担額	自己負担額	
19新型コロナウイルス感染症	自己負担徴収者	12,740円	3,000円
	自己負担免除者	15,740円	
自己負担免除者	対象者は生活保護世帯の者のみで、免除申請書の提出が必要です。本人からの申し出があった場合には接種前に市へ電話連絡をしてください。		
60歳以上65歳未満の心・腎・肺等機能不全者	接種希望者には、健康管理課で予診票を交付します。身体障害者手帳を持参してください（家族申請可）。		
特記事項			

### ・高齢者用肺炎球菌

接種期間	令和8年4月1日 ~ 令和9年3月31日		
対象者	① 65歳の者（65歳の誕生日の前日から66歳の誕生日を迎える前日まで）		
	② 60歳以上65歳未満の者であって、心臓、腎臓もしくは呼吸器の機能またはヒト免疫不全ウイルスによる免疫の機能に障害を有する者		
予防接種の種類	委託料金（消費税10%含む）		接種上の留意点
	市町村負担額	自己負担額	
20高齢者用肺炎球菌	自己負担徴収者	8,720円	3,000円
	自己負担免除者	11,720円	
自己負担免除者	対象者は生活保護世帯の者のみで、免除申請書の提出が必要です。本人からの申し出があった場合には接種前に市へ電話連絡をしてください。		
60歳以上65歳未満の心・腎・肺等機能不全者	接種希望者には、健康管理課で予診票を交付します。身体障害者手帳を持参してください（家族申請可）。		
特記事項			

## 2 B類疾病（2）

### ・高齢者带状疱疹

接種期間	令和8年4月1日 ～ 令和9年3月31日			
対象者	①	令和8年度中に65歳、70歳、75歳、80歳、85歳、90歳、95歳、100歳となる者		
	②	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に障害を有する者		
予防接種の種類		委託料金（消費税10%含む）		接種上の留意点
		市町村負担額	自己負担額	
21高齢者带状疱疹	生ワクチン	自己負担徴収者	6,750円	2,000円
		自己負担免除者	8,750円	
	不活化ワクチン	自己負担徴収者	15,950円	6,000円
		自己負担免除者	21,950円	
				2回目接種は任意の予診票を使用
自己負担免除者	対象者は生活保護世帯の者のみで、免除申請書の提出が必要です。本人からの申し出があった場合には接種前に市へ電話連絡をしてください。			
60歳以上65歳未満の免疫機能不全者	接種希望者には、健康管理課で予診票を交付します。身体障害者手帳を持参してください（家族申請可）。			
特記事項				

### ・B類疾病予診のみ

22（B類）予診のみ	委託料金（消費税含む）	留意点
*引き続き医療となった場合を除く	1400	

<p>問い合わせ みどり市 健康管理課 保健予防係 鈴木 TEL 0277-72-2211 FAX 0277-72-1651</p>
--

令和8年度群馬県内相互乗り入れ予防接種料金表

市町村名	みなかみ町
------	-------

1 A類疾病

予防接種の種類		委託料金 (消費税10%含む)	接種上の留意点 (対象者、自己負担金等)
1 五種混合 (DPT-IPV-Hib)	1期	2~90月に至るまで	20,770
	2期	11~13歳未満	6,340
2 三種混合 (DPT)	1期	12~24月に至るまで	12,570
	特例措置		12,570
	2期	※	11,140
3 二種混合 (DT)	1期	12~24月に至るまで	9,010
	特例措置		9,010
	2期	※	7,580
4 麻しん風しん混合	1期	12~24月に至るまで	9,010
	特例措置		9,010
	2期	※	7,580
5 麻しん	1期	12~24月に至るまで	9,010
	特例措置		9,010
	2期	※	7,580
6 風しん	1期	12~24月に至るまで	9,010
	特例措置		9,010
	2期	※	7,580
7 日本脳炎	1期	6~90月に至るまで	8,050
	特例措置		7,220
	2期	9~13歳未満	7,220
8 BCG	1期	12月に至るまで	13,220
	特例措置		7,220
	2期	9~13歳未満	7,220
9 ポリオ (IPV)	1期	2~90月に至るまで	10,630
10 ヒトパピローマ ウイルス感染症 (HPVワクチン)	9価	小6~高1相当の女子	28,210
11 ヒブ	2~60月に至るまで		9,540
12 小児用肺炎球菌	15価	2~60月に至るまで	12,560
	20価	2~60月に至るまで	12,560
13 水痘	12~36月に至るまで		9,590
14 B型肝炎	12月に至るまで		7,210
15 ロタウイルス 感染症	1価	6週0日後~24週0日後	15,310
	5価	6週0日後~32週0日後	10,280
16 RSウイルス感染症	妊娠28週~妊娠37週に至るまで		30,090
17 (A類) 予診のみ *引き続き医療となった 場合を除く	90月未満		
	その他		

特記事項 予防接種請求書の送付先

〒379-1393 利根郡みなかみ町後閑318 みなかみ町役場 子育て支援課 こども家庭センター

※5歳以上7歳未満の者であって、小学校就学の始期に達する日の1年前の日から当該始期に達する日の前日までの間にある者

\*昭和37年~昭和54年生まれの男性で、令和6年度末までに風しん抗体検査を実施し陰性だったもの

## 2 B類疾病(1)

### ・高齢者インフルエンザ

接種期間	令和 8年10月 1日 ~ 令和 9年1月31日		
対象者	① 接種日当日に65歳以上の者		
	② 60歳以上65歳未満の者であって、心臓、腎臓もしくは呼吸器の機能またはヒト免疫不全ウイルスによる免疫の機能に障害を有する者		
予防接種の種類	委託料金(消費税10%含む)		接種上の留意点
	市町村負担額	自己負担額	
18インフルエンザ	自己負担徴収者	3,800	1,200
	自己負担免除者	5,000	
自己負担免除者	生活保護世帯 ・ 予診票の上部余白に生活保護と記入してください。		
60歳以上65歳未満の心・腎・肺等機能不全者	・ 予診票の医師記入欄に予防接種法の一部を改正する法律等の施行について(平成13年11月7日健発第1058号第二)の予防接種対象者の記号を記載してください。(本人または家族の申請でなく医師の診断が必要です)		
特記事項	・ 被接種者の意思確認が出来ない場合は、原則接種しない。 ・ 予防接種請求書の送付先 〒379-1393 利根郡みなかみ町後閑318 みなかみ町役場 健康推進課		

### ・高齢者新型コロナウイルス感染症

接種期間	令和8年10月1日 ~ 令和9年3月31日		
対象者	① 接種日当日に65歳以上の者		
	② 60歳以上65歳未満の者であって、心臓、腎臓もしくは呼吸器の機能またはヒト免疫不全ウイルスによる免疫の機能に障害を有する者		
予防接種の種類	委託料金(消費税10%含む)		接種上の留意点
	市町村負担額	自己負担額	
19新型コロナウイルス感染症	自己負担徴収者	10,670	5,000
	自己負担免除者	15,670	
自己負担免除者	生活保護世帯 ・ 予診票の上部余白に生活保護と記入してください。		
60歳以上65歳未満の心・腎・肺等機能不全者	・ 予診票の医師記入欄に予防接種法の一部を改正する法律等の施行について(平成13年11月7日健発第1058号第二)の予防接種対象者の記号を記載してください。(本人または家族の申請でなく医師の診断が必要です)		
特記事項	・ 被接種者の意思確認が出来ない場合は、原則接種しない。 ・ 予防接種請求書の送付先 〒379-1393 利根郡みなかみ町後閑318 みなかみ町役場 健康推進課		

### ・高齢者用肺炎球菌

接種期間	令和8年4月1日 ~ 令和9年3月31日		
対象者	① 65歳の者(65歳の誕生日の前日から66歳の誕生日を迎える前日まで)		
	② 60歳以上65歳未満の者であって、心臓、腎臓もしくは呼吸器の機能またはヒト免疫不全ウイルスによる免疫の機能に障害を有する者		
予防接種の種類	委託料金(消費税10%含む)		接種上の留意点
	市町村負担額	自己負担額	
20高齢者用肺炎球菌	自己負担徴収者	7,720	4,000
	自己負担免除者	11,720	
自己負担免除者	生活保護世帯 ・ 予診票の上部余白に生活保護と記入してください。		
60歳以上65歳未満の心・腎・肺等機能不全者	・ 予診票の医師記入欄に予防接種法の一部を改正する法律等の施行について(平成13年11月7日健発第1058号第二)の予防接種対象者の記号を記載してください。(本人または家族の申請でなく医師の診断が必要です)		
特記事項	・ 被接種者の意思確認が出来ない場合は、原則接種しない。 ・ 予防接種請求書の送付先 〒379-1393 利根郡みなかみ町後閑318 みなかみ町役場 健康推進課		

## 2 B類疾病(2)

### ・高齢者帯状疱疹

接種期間	令和8年4月1日 ~ 令和9年3月31日			
対象者	① 令和8年度中に65歳、70歳、75歳、80歳、85歳、90歳、95歳、100歳となる者			
	② 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に障害を有する者			
予防接種の種類		委託料金(消費税10%含む)		接種上の留意点
		市町村負担額	自己負担額	
21高齢者帯状疱疹	生ワクチン	自己負担徴収者	4,860	4,000
		自己負担免除者	8,860	
	不活化ワクチン	自己負担徴収者	15,060	7,000
		自己負担免除者	22,060	
自己負担免除者	生活保護世帯 ・ 予診票の上部余白に生活保護と記入してください。			
60歳以上65歳未満の心・腎・肺等機能不全者	・ 予診票の医師記入欄に予防接種法の一部を改正する法律等の施行について(平成13年11月7日健発第1058号第二)の予防接種対象者の記号を記載してください。(本人または家族の申請でなく医師の診断が必要です)			
特記事項	<ul style="list-style-type: none"> <li>・ 被接種者の意思確認が出来ない場合は、原則接種しない。</li> <li>・ 予防接種請求書の送付先 〒379-1393 利根郡みなかみ町後閑318 みなかみ町役場 健康推進課</li> </ul>			

### ・B類疾病予診のみ

22(B類)予診のみ	委託料金(消費税含む)	留意点
*引き続き医療となった場合を除く		

#### 問い合わせ

(A類疾病) みなかみ町役場 子育て支援課  
こども家庭センター

TEL 0278-20-2300

FAX 0278-62-6610

(B類疾病) みなかみ町役場 健康推進課

TEL 0278-62-2527

FAX 0278-62-6610

## 令和8年度群馬県内相互乗り入れ予防接種料金表

市町村名

明和町

## 1 A類疾病

予防接種の種類		委託料金 (消費税10%含む)	接種上の留意点 (対象者、自己負担金等)	
1 五種混合 (DPT-IPV-Hib)	1期	2～90月に至るまで	21,703	
2 三種混合 (DPT)	1期	2～90月に至るまで	10,901	
3 二種混合 (DT)	1期	3～90月に至るまで	8,261	標準的な接種期間は小学6年生とする。
	2期	11～13歳未満	6,501	
4 麻しん風しん混合	1期	12～24月に至るまで	12,221	
		特例措置	12,221	
	2期	※	11,286	
		特例措置	11,286	
	5期	*	10,373	
5 麻しん	1期	12～24月に至るまで	9,262	
		特例措置	9,262	
	2期	※	8,327	
		特例措置	8,327	
6 風しん	1期	12～24月に至るまで	9,284	
		特例措置	9,284	
	2期	※	8,349	
		特例措置	8,349	
	5期	*	10,373	
7 日本脳炎	1期	6～90月に至るまで	8,206	36月未満の接種は事前に保健センターへ連絡してください。 平成18年4月2日～平成19年4月1日生まれの20歳未満の者
		特例措置	7,381	
	2期	9～13歳未満	7,381	
		特例措置	7,381	
8 BCG		12月に至るまで	13,376	
9 ポリオ (IPV)	1期	2～90月に至るまで	11,561	
10 ヒトパピローマ ウイルス感染症 (HPVワクチン)	9価	小6～高1相当の女子	28,886	平成22年4月2日～平成27年4月1日生まれの者
11 ヒブ		2～60月に至るまで	10,408	
12 小児用肺炎球菌	15価	2～60月に至るまで	13,486	
	20価	2～60月に至るまで	13,486	
13 水痘		12～36月に至るまで	10,516	
14 B型肝炎		12月に至るまで	7,940	
15 ロタウイルス 感染症	1価	6週0日後～24週0日後	16,566	
	5価	6週0日後～32週0日後	11,209	
16 RSウイルス感染症		妊娠28週～妊娠37週に至るまで	30,096	
17 (A類) 予診のみ *引き続き医療となった 場合を除く	90月未満			
	その他			
特記事項				

※ 5歳以上7歳未満の者であって、小学校就学の始期に達する日の1年前の日から当該始期に達する日の前日までの間にある者  
\* 昭和37年～昭和54年生まれの男性で、令和6年度末までに風しん抗体検査を実施し陰性だったもの

## 2 B類疾病（1）

### ・高齢者インフルエンザ

接種期間	令和8年10月1日 ～ 令和9年1月30日		
対象者	① 接種日当日に65歳以上の者		
	② 60歳以上65歳未満の者であって、心臓、腎臓もしくは呼吸器の機能またはヒト免疫不全ウイルスによる免疫の機能に障害を有する者		
予防接種の種類	委託料金（消費税10%含む）		接種上の留意点
	市町村負担額	自己負担額	
18インフルエンザ	自己負担徴収者	4,665	1,000
	自己負担免除者	5,665	
自己負担免除者	生活保護世帯のみ		
60歳以上65歳未満の心・腎・肺等機能不全者	専用の予診票が保健センターにあります。裏面該当事項を記入の上接種してください。町負担4,665円・自己負担1,000円、生活保護世帯のみ個人負担免除		
特記事項			

### ・高齢者新型コロナウイルス感染症

接種期間	令和8年10月1日 ～ 令和9年1月30日		
対象者	① 接種日当日に65歳以上の者		
	② 60歳以上65歳未満の者であって、心臓、腎臓もしくは呼吸器の機能またはヒト免疫不全ウイルスによる免疫の機能に障害を有する者		
予防接種の種類	委託料金（消費税10%含む）		接種上の留意点
	市町村負担額	自己負担額	
19新型コロナウイルス感染症	自己負担徴収者	13,016	3,000
	自己負担免除者	16,016	
自己負担免除者	生活保護世帯のみ		
60歳以上65歳未満の心・腎・肺等機能不全者	専用の予診票が保健センターにあります。裏面該当事項を記入の上接種してください。町負担13,016円・自己負担3,000円、生活保護世帯のみ個人負担免除		
特記事項			

### ・高齢者用肺炎球菌

接種期間	令和8年4月1日 ～ 令和9年3月31日		
対象者	① 65歳の者（65歳の誕生日の前日から66歳の誕生日を迎える前日まで）		
	② 60歳以上65歳未満の者であって、心臓、腎臓もしくは呼吸器の機能またはヒト免疫不全ウイルスによる免疫の機能に障害を有する者		
予防接種の種類	委託料金（消費税10%含む）		接種上の留意点
	市町村負担額	自己負担額	
20高齢者用肺炎球菌	自己負担徴収者	9,726	2,000
	自己負担免除者	11,726	
自己負担免除者	生活保護世帯のみ		
60歳以上65歳未満の心・腎・肺等機能不全者	専用の予診票が保健センターにあります。裏面該当事項を記入の上接種してください。町負担9,726円・自己負担2,000円、生活保護世帯のみ個人負担免除		
特記事項			

## 2 B類疾病(2)

## ・高齢者带状疱疹

接種期間	令和8年4月1日 ~ 令和9年3月31日			
対象者	① 令和8年度中に65歳、70歳、75歳、80歳、85歳、90歳、95歳、100歳となる者			
	② 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に障害を有する者			
予防接種の種類		委託料金(消費税10%含む)		接種上の留意点
		市町村負担額	自己負担額	
21高齢者带状疱疹	生ワクチン	自己負担徴収者	6,756	2,000
		自己負担免除者	8,756	
	不活化ワクチン	自己負担徴収者	16,956	5,000
		自己負担免除者	21,956	
自己負担免除者	生活保護世帯のみ			
60歳以上65歳未満の免疫機能不全者	専用の予診票が保健センターにあります。裏面該当事項を記入の上接種してください。生ワクチン 町負担6,756円・自己負担2,000円、不活化ワクチン 町負担16,956円・自己負担5,000円、生活保護世帯のみ個人負担免除			
特記事項				

## ・B類疾病予診のみ

22 (B類) 予診のみ	委託料金(消費税含む)	留意点
*引き続き医療となった場合を除く		

## 問い合わせ

明和町保健センター(健康こども課) 東

TEL 0276-60-5917

FAX 0276-60-5918

令和8年度群馬県内相互乗り入れ予防接種料金表

市町村名	吉岡町
------	-----

1 A類疾病

予防接種の種類		委託料金 (消費税10%含む)	接種上の留意点 (対象者、自己負担金等)
1 五種混合 (DPT-IPV-Hib)	3歳未満	21,890	
	3歳以上	20,460	
2 三種混合 (DPT)	1期 2~90月に至るまで	10,266	
3 二種混合 (DT)	1期 3~90月に至るまで	7,750	
	2期 11~13歳未満	7,750	
4 麻しん風しん混合	1期	12~24月に至るまで	12,256
		特例措置	12,256
	2期	※	10,831
		特例措置	10,831
	5期	*	10,142
5 麻しん	1期	12~24月に至るまで	8,030
		特例措置	8,030
	2期	※	8,030
		特例措置	8,030
6 風しん	1期	12~24月に至るまで	6,600
		特例措置	6,600
	2期	※	6,600
		特例措置	6,600
	5期	*	6,600
7 日本脳炎	1期	6~90月に至るまで	7,542
		特例措置	7,123
	2期	9~13歳未満	7,123
		特例措置	7,123
8 BCG	12月に至るまで	12,903	
9 ポリオ (IPV)	1期 2~90月に至るまで	10,318	
10 ヒトパピローマ ウイルス感染症 (HPVワクチン)	9価 小6~高1相当の女子	28,248	
12 ヒブ	2~60月に至るまで		10,440
	36~60月に至るまで		9,010
12 小児用肺炎球菌	15価	2~60月に至るまで	12,243
	20価	2~60月に至るまで	12,243
13 水痘	12~36月に至るまで		9,405
14 B型肝炎	12月に至るまで		7,639
15 ロタウイルス 感染症	1価	6週0日後~24週0日後	15,625
	5価	6週0日後~32週0日後	10,598
16 RSVウイルス感染症	妊娠28週~妊娠37週に至るまで		30,500
17 (A類) 予診のみ *引き続き医療となった 場合を除く	90月未満		1,100
	その他		1,100

同時接種の予定者で接種不可になった場合、請求は1件のみとなります。

必ず予防接種を行う前に母子健康手帳や保険証等で接種回数、間隔、接種当日の年齢、吉岡町の住民であることを確認してください。予診票配布時にお名前シールを配布しています。保護者が予診票に貼付していきます。貼付忘れの方は、シール貼付欄に住所・接種者氏名・生年月日・性別を記入し接種してください。

※5歳以上7歳未満の者であって、小学校就学の始期に達する日の1年前の日から当該始期に達する日の前日までの間にある者

\*昭和37年~昭和54年生まれの男性で、令和6年度末までに風しん抗体検査を実施し陰性だったもの

## 2 B類疾病(1)

### ・高齢者インフルエンザ

接種期間	令和 8年10月 1日 ~ 令和 9年1月31日			
対象者	① 接種日当日に65歳以上の者			
	② 60歳以上65歳未満の者であって、心臓、腎臓もしくは呼吸器の機能またはヒト免疫不全ウイルスによる免疫の機能に障害を有する者			
予防接種の種類	委託料金(消費税10%含む)		接種上の留意点	
	市町村負担額	自己負担額		
18インフルエンザ	自己負担徴収者	未定	未定	
	自己負担免除者	未定		
自己負担免除者	生活保護世帯に属する人が対象です。本人から生保であるとの申し出があった場合は接種前に町に確認してください。予診票右上の市町村確認済のところに確認した日付を記入してください。また、該当者欄には右上に「免除者」と記入してください。			
60歳以上65歳未満の心・腎・肺等機能不全者	住所欄の上の(接種当日60~64歳のうち、慢性高度・心・肺・腎機能不全者)に印を付け、予診票の慢性疾患を問う欄に病名を入れてください。			
特記事項	・必ず、保険証等で接種当日の年齢、住所を確認してください。予診票は9月下旬に郵送予定です。または、相互乗り入れの予診票でも接種可能です。 <b>委託料金が秋頃決定予定のため、決定次第差し替えます。</b>			

### ・高齢者新型コロナウイルス感染症

接種期間	令和 8年10月 1日 ~ 令和 9年 3月31日			
対象者	① 接種日当日に65歳以上の者			
	② 60歳以上65歳未満の者であって、心臓、腎臓もしくは呼吸器の機能またはヒト免疫不全ウイルスによる免疫の機能に障害を有する者			
予防接種の種類	委託料金(消費税10%含む)		接種上の留意点	
	市町村負担額	自己負担額		
19新型コロナウイルス感染症	自己負担徴収者	未定	未定	
	自己負担免除者	未定		
自己負担免除者	生活保護世帯に属する人が対象です。本人から生保であるとの申し出があった場合は接種前に町に確認してください。予診票右上の市町村確認済のところに確認した日付を記入してください。また、該当者欄には右上に「免除者」と記入してください。			
60歳以上65歳未満の心・腎・肺等機能不全者	住所欄の上の(接種当日60~64歳のうち、慢性高度・心・肺・腎機能不全者)に印を付け、予診票の慢性疾患を問う欄に病名を入れてください。			
特記事項	・必ず、保険証等で接種当日の年齢、住所を確認してください。予診票は9月下旬に郵送予定です。または、相互乗り入れの予診票でも接種可能です。 <b>委託料金が秋頃決定予定のため、決定次第差し替えます。</b>			

### ・高齢者用肺炎球菌

接種期間	令和8年4月1日 ~ 令和9年3月31日			
対象者	① 65歳の者(65歳の誕生日の前日から66歳の誕生日を迎える前日まで)			
	② 60歳以上65歳未満の者であって、心臓、腎臓もしくは呼吸器の機能またはヒト免疫不全ウイルスによる免疫の機能に障害を有する者			
予防接種の種類	委託料金(消費税10%含む)		接種上の留意点	
	市町村負担額	自己負担額		
20高齢者用肺炎球菌	自己負担徴収者	11,260	3,000	
	自己負担免除者	14,260		
自己負担免除者	生活保護世帯に属する人が対象です。本人から生保であるとの申し出があった場合は接種前に町に確認してください。予診票右上の市町村確認済のところに確認した日付を記入してください。また、該当者欄には右上に「免除者」と記入してください。			
60歳以上65歳未満の心・腎・肺等機能不全者	該当者がありましたら、吉岡町保健センターで予診票をもらってくるようにご指導ください。また、予診票の慢性疾患を問う欄に病名を入れてください。			
特記事項	・必ず、保険証等で予診票に記載されている名前、接種当日の年齢、住所を確認してください。また、あわせて過去の肺炎球菌ワクチンの接種歴もご確認ください。 ・予診票は65歳の誕生日翌月上旬に対象者へ郵送予定です。			

## 2 B類疾病(2)

### ・高齢者带状疱疹

接種期間	令和8年4月1日 ~ 令和9年3月31日			
対象者	① 令和8年度中に65歳、70歳、75歳、80歳、85歳、90歳、95歳、100歳となる者			
	② 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に障害を有する者			
予防接種の種類		委託料金(消費税10%含む)		接種上の留意点
		市町村負担額	自己負担額	
21高齢者带状疱疹	生ワクチン	自己負担徴収者	6,860	2,000
		自己負担免除者	8,860	
	不活化ワクチン	自己負担徴収者	16,060	6,000
		自己負担免除者	22,060	
自己負担免除者	生活保護世帯に属する人が対象です。本人から生保であるとの申し出があった場合は接種前に町に確認してください。予診票右上の市町村確認済のところに確認した日付を記入してください。また、該当者欄には右上に「免除者」と記入してください。			
60歳以上65歳未満の免疫機能不全者	該当者がおりましたら、吉岡町保健センターで予診票をもらってくるようにご指導ください。また、予診票の慢性疾患を問う欄に病名を入れてください。			
特記事項	<ul style="list-style-type: none"> <li>・必ず、保険証等で予診票に記載されている名前、接種当日の年齢、住所を確認してください。また、あわせて過去の带状疱疹ワクチンの接種履歴もご確認ください。</li> <li>・予診票は4月上~中旬に対象者へ郵送予定です。</li> </ul>			

### ・B類疾病予診のみ

22(B類)予診のみ	委託料金(消費税含む)	留意点
*引き続き医療となった場合を除く		

### 問い合わせ

吉岡町健康福祉課健康づくり室(吉岡町保健センター)

TEL 0279-54-7744

FAX 0279-54-8681

## 添付書類

(統一様式3)

群馬県内相互乗り入れ予防接種業務委託契約委任状

(統一様式5)

群馬県内相互乗り入れ予防接種実施報告書兼委託料請求書

(統一様式7)

群馬県内相互乗り入れ用 インフルエンザ予防接種済証

(統一様式8)

群馬県内相互乗り入れ用 インフルエンザ予防接種予診票

(統一様式9)

群馬県内相互乗り入れ用 高齢者用肺炎球菌ワクチン予防接種予診票

(統一様式10)

群馬県内相互乗り入れ用 高齢者用肺炎球菌予防接種済証

(統一様式11)

群馬県内相互乗り入れ用 新型コロナウイルス感染症予防接種予診票

(統一様式12)

群馬県内相互乗り入れ用 新型コロナウイルス感染症予防接種済証

(統一様式13)

群馬県内相互乗り入れ用 帯状疱疹予防接種予診票

(統一様式14)

群馬県内相互乗り入れ用 帯状疱疹予防接種済証

群馬県内相互乗り入れ予防接種業務委託契約 変更届

群馬県内相互乗り入れ予防接種業務委託契約 辞退届



# 群馬県内相互乗り入れ予防接種業務委託契約委任状

令和 年 月 日

群馬県医師会長 様

郡市医師会名：

医療機関名：

所在地：

電話番号：

理事長・施設長名：

私（群馬県医師会員）及び当該医療機関に所属する下記の者は、公益社団法人群馬県医師会長を代理人と定め、次の事業に係る委託契約を締結する権限を委任します。

### 記

【接種医師】 ※下記の予防接種のうち、接種実施を希望する種類に○印を付けてください。

氏名	A類疾病に係る予防接種														B類								
	五混	三混	二混	麻疹風しん混合	麻疹風しん混合5期	麻疹	風しん	風しん5期	日脳	BCG	ポリオ	HPV	ヒブ	小児肺炎球菌	水痘	B型肝炎	ロタ	RSウイルス	インフルエンザ	新型コロナ	高齢者肺炎球菌	高齢者带状疱疹	
1.																							
2.																							
3.																							
4.																							
5.																							
6.																							
7.																							
8.																							
9.																							
10.																							
11.																							
12.																							
13.																							
14.																							
15.																							
16.																							
17.																							
18.																							
19.																							
20.																							

※接種する予防接種の種類や所属する医師の異動等により、内容に変更等が生じた場合には、速やかに群馬県医師会へ報告してください。

群馬県内相互乗り入れ用

群馬県内相互乗り入れ予防接種実施報告書兼委託料請求書

令和 年 月 日

市(町・村)長様

医療機関名  
所在地  
施設長名  
電話番号

印

令和 年 月実施の予防接種について、下記のとおり委託料を請求します。

請求金額	¥
------	---

内訳(予診票は別添のとおり)

予防接種の種類	単価	件数	金額	備考
1 五種混合 (DPT-IPV-Hib)	1期 2~90月に至るまで			
2 三種混合 (DPT)	1期 2~90月に至るまで			
3 二種混合 (DT)	1期 3~90月に至るまで			
	2期 11~13歳未満			
4 麻しん風しん混合	1期 12~24月に至るまで			
	1期 特例措置			
	2期			
	2期 特例措置			
5 麻しん	1期 12~24月に至るまで			
	1期 特例措置			
	2期			
	2期 特例措置			
6 風しん	1期 12~24月に至るまで			
	1期 特例措置			
	2期			
	2期 特例措置			
7 日本脳炎	1期 6~90月に至るまで			
	1期 特例措置			
	2期 9~13歳未満			
	2期 特例措置			
8 BCG	12月に至るまで			
9 ポリオ (IPV)	1期 2~90月に至るまで			
10 ヒトパピローマウイルス感染症 (HPVワクチン)	9価 小6~高1相当の女子			
11 ヒブ	2~60月に至るまで			
12 小児用肺炎球菌	15価 2~60月に至るまで			
	20価 2~60月に至るまで			
13 水痘	12~36月に至るまで			
14 B型肝炎	12月に至るまで			
15 ロタウイルス感染症	1価 6週0日後~24週0日後			
	5価 6週0日後~32週0日後			
16 RSウイルス感染症	妊娠28週~妊娠37週に至るまで			
17 (A類) 予診のみ	90月未満			
	その他			

\*引き継ぎ医療となった場合を除く

予防接種の種類		単 価	件 数	金 額	備 考
18インフルエンザ	自己負担徴収者				
	自己負担免除者				
19新型コロナウイルス感染症	自己負担徴収者				
	自己負担免除者				
20高齢者用肺炎球菌	自己負担徴収者				
	自己負担免除者				
21高齢者带状疱疹	生ワクチン：自己負担徴収者				
	生ワクチン：自己負担免除者				
	不活化ワクチン：自己負担徴収者				
	不活化ワクチン：自己負担免除者				
22 (B類) 予診のみ *引き続き医療となった場合を除く					
合 計					

振込先

金融機関名	銀行		本・支店
種 別	普通	当座	その他
口座番号			
(フリガナ)			
口座名義人			

市町村が記入します ⇒

市町村確認日	令和	年	月	日
--------	----	---	---	---

(統一様式7)

群馬県内相互乗り入れ用			
インフルエンザ予防接種済証			
(Lot No. _____ )			
住所			
氏名			
		年	月 日生
予防接種を行った年月日		年	月 日
年	月	日	
群馬県		市町村長委託医療機関	
<u>医療機関名</u>			
<u>接種医師名</u>			
			印

※被接種者が、住所地市町村の接種済証を持参しなかった場合に使用

※被接種者が、住所地市町村の予診票を持参しなかった場合に使用。  
但し、必ず被接種者の住所地市町村に電話で連絡のうえ承諾を得ることとし、下記にその月日を記載する。

群馬県内相互乗り入れ用

市町村へ連絡 月 日

インフルエンザ予防接種予診票

		診察前の体温	度	分
住 所		TEL		
氏 名				男 ・ 女
生年月日	明治 ・ 大正 ・ 昭和	年	月	日生 (満 歳)

質 問 事 項	回 答 欄		医師記入欄
今日のインフルエンザの予防接種について、市町村から配られている説明書を読みましたか。	は い	いいえ	
今日の予防接種の効果や副反応などについて理解しましたか。	は い	いいえ	
現在、何か病気にかかっていますか。 病名 ( )	は い	いいえ	
治療(投薬など)を受けていますか。	は い	いいえ	
その病気の主治医には、今日の予防接種を受けても良いと言われましたか。	は い	いいえ	
免疫不全と診断されたことがありますか。	は い	いいえ	
今日、体に具合の悪いところがありますか。 具合の悪い症状を書いてください。( )	は い	いいえ	
薬や食品で皮膚に発疹やじんましんが出たり、体の具合が悪くなったことがありますか。	は い	いいえ	
インフルエンザの予防接種を受けたことがありますか。 ①その際に具合が悪くなったことはありますか。 ②インフルエンザ以外の予防接種の際に具合が悪くなったことはありますか。	は い は い は い	いいえ いいえ いいえ	
ひきつけ(けいれん)を起こしたことがありますか。	は い	いいえ	
1ヶ月以内に予防接種を受けましたか。 予防接種の種類 ( )	は い	いいえ	
心臓病、腎臓病、肝臓病、血液疾患などの慢性疾患にかかったことがありますか。 病名 ( )	は い	いいえ	
その病気を診てもらっている医師に今日の予防接種を受けても良いと言われましたか。	は い	いいえ	
最近1ヶ月以内に熱が出たり、病気にかかったりしましたか。 病名 ( )	は い	いいえ	
今日の予防接種について質問がありますか。	は い	いいえ	

医師記入欄	以上の問診及び診察の結果、今日の予防接種は ( 可 能 ・ 見 合 わ せ る ) 本人に対して、予防接種の効果、副反応及び予防接種健康被害救済制度について、説明した。 <b>医師署名又は記名押印</b>
-------	--

ワクチンロット番号	接 種 量	実施場所・医師名・接種年月日
ワクチン名 Lot No. (注)有効期限がきれていないか確認	0.5 ml	実施場所 医師名 接種年月日 令和 年 月 日

インフルエンザ予防接種希望書 (医師の診察の結果、接種が可能と判断された後に記入してください。)

医師の診察・説明を受け、予防接種の効果や副反応などについて理解した上で、接種を希望しますか。  
( 接種を希望します ・ 接種を希望しません )

この予診票は、予防接種の安全性の確保を目的としています。  
このことを理解の上、本予診票が市町村に提出されることに同意します。  
令和 年 月 日

被接種者自署

(※自署できない者は代筆者が署名し、代筆者氏名および被接種者との続柄を記載)

(統一様式9)

※被接種者が、住所地市町村の予診票を持参しなかった場合に使用。  
但し、必ず被接種者の住所地市町村に電話で連絡のうえ承諾を得ることとし、下記にその月日を記載する。

群馬県内相互乗り入れ用

市町村へ連絡

月 日

高齢者用肺炎球菌感染症予防接種予診票

		診察前の体温	度	分
住 所		TEL		
氏 名				男 ・ 女
生年月日	明治 ・ 大正 ・ 昭和	年	月	日生 (満 歳)

質 問 事 項	回 答 欄		医師記入欄
肺炎球菌感染症の予防接種を受けたことがありますか。	は い	いいえ	
今日の肺炎球菌感染症の予防接種について、市町村から配られている説明書を読みましたか。	は い	いいえ	
今日の予防接種の効果や副反応などについて理解しましたか。	は い	いいえ	
現在、何か病気にかかっていますか。 病名 ( )	は い	いいえ	
治療 (投薬など) を受けていますか。	は い	いいえ	
その病気の主治医には、今日の予防接種を受けても良いと言われましたか。	は い	いいえ	
免疫不全と診断されたことがありますか。	は い	いいえ	
今日、体に具合の悪いところがありますか。 具合の悪い症状を書いてください。( )	は い	いいえ	
薬や食品で皮膚に発疹やじんましんが出たり、体の具合が悪くなったことがありますか。	は い	いいえ	
ひきつけ (けいれん) を起こしたことがありますか。	は い	いいえ	
1ヶ月以内に予防接種を受けましたか。 予防接種の種類 ( )	は い	いいえ	
心臓病、腎臓病、肝臓病、血液疾患などの慢性疾患にかかったことがありますか。 病名 ( )	は い	いいえ	
その病気を診てもらっている医師に今日の予防接種を受けて良いと言われましたか。	は い	いいえ	
最近1ヶ月以内に熱が出たり、病気にかかったりしましたか。 病名 ( )	は い	いいえ	
今日の予防接種について質問がありますか。	は い	いいえ	

医師記入欄	<p>以上の問診及び診察の結果、今日の予防接種は ( 可 能 ・ 見 合 わ せ る ) 本人に対して、予防接種の効果、副反応及び予防接種健康被害救済制度について、説明した。 <b>医師署名又は記名押印</b></p>
-------	---

ワクチンロット番号	接種方法・接種量	実施場所・医師名・接種年月日
ワクチン名 Lot No. (注) 有効期限が切れていないか要確認	筋肉内注射 0.5 ml	実施場所 医師名 接種年月日 令和 年 月 日

高齢者用肺炎球菌感染症予防接種希望書 (医師の診察の結果、接種が可能と判断された後に記入してください。)

医師の診察・説明を受け、予防接種の効果や副反応などについて理解した上で、接種を希望しますか。

( 接種を希望します ・ 接種を希望しません )

この予診票は、予防接種の安全性の確保を目的としています。

このことを理解の上、本予診票が市町村に提出されることに同意します。

令和 年 月 日

被接種者自署

(※自署できない者は代筆者が署名し、代筆者氏名および被接種者との続柄を記載)

(統一様式10)

群馬県内相互乗り入れ用			
<b>高齢者用肺炎球菌予防接種済証</b>			
(Lot No.		)	
住 所			
氏 名			
		年	月 日生
予防接種を行った年月日		年	月 日
年	月	日	
群馬県		市町村長委託医療機関	
<u>医療機関名</u>			
<u>接種医師名</u>		印	

※被接種者が、住所地市町村の接種済証を持参しなかった場合に使用

(統一様式11)

※被接種者が、住所地市町村の予診票を持参しなかった場合に使用。  
但し、必ず被接種者の住所地市町村に電話で連絡のうえ承諾を得ることとし、下記にその月日を記載する。

群馬県内相互乗り入れ用

市町村へ連絡

月 日

新型コロナウイルス感染症予防接種予診票

		診察前の体温	度	分
住 所		TEL		
氏 名				男 ・ 女
生年月日	明治 ・ 大正 ・ 昭和	年	月	日生 (満 歳)

質 問 事 項	回 答 欄		医師記入欄
今日の新型コロナウイルス感染症の予防接種について、市町村から配られている説明書を読みましたか。	は い	いいえ	
今日の予防接種の効果や副反応などについて理解しましたか。	は い	いいえ	
現在、何か病気にかかっていますか。 病名 ( )	は い	いいえ	
治療 (投薬など) を受けていますか。 その病気の主治医には、今日の予防接種を受けても良いと言われましたか。	は い	いいえ	
今日、体に具合の悪いところがありますか。 具合の悪い症状を書いてください。( )	は い	いいえ	
薬や食品で皮膚に発疹やじんましんが出たり、体の具合が悪くなったことがありますか。	は い	いいえ	
新型コロナウイルス感染症の予防接種を受けたことがありますか。 ①その際に具合が悪くなったことはありますか。 ②新型コロナウイルス感染症以外の予防接種の際に具合が悪くなったことはありますか。	は い	いいえ	
ひきつけ (けいれん) を起こしたことがありますか。	は い	いいえ	
1ヶ月以内に予防接種を受けましたか。 予防接種の種類 ( )	は い	いいえ	
心臓病、腎臓病、肝臓病、血液疾患などの慢性疾患にかかったことがありますか。 病名 ( )	は い	いいえ	
その病気を診てもらっている医師に今日の予防接種を受けても良いと言われましたか。	は い	いいえ	
最近1ヶ月以内に熱が出たり、病気にかかったりしましたか。 病名 ( )	は い	いいえ	
今日の予防接種について質問がありますか。	は い	いいえ	

医師記入欄	<p>以上の問診及び診察の結果、今日の予防接種は ( 可 能 ・ 見 合 わ せ る ) 本人に対して、予防接種の効果、副反応及び予防接種健康被害救済制度について、説明した。 <b>医師署名又は記名押印</b></p>
-------	---

ワクチンロット番号	接 種 量	実施場所・医師名・接種年月日			
ワクチン名	ml	実施場所			
Lot No.		医師名			
(注)有効期限がきれていないか確認		接種年月日	令和	年	月 日

新型コロナウイルス感染症予防接種希望書 (医師の診察の結果、接種が可能と判断された後に記入してください。)

医師の診察・説明を受け、予防接種の効果や副反応などについて理解した上で、接種を希望しますか。  
( 接種を希望します ・ 接種を希望しません )

この予診票は、予防接種の安全性の確保を目的としています。  
このことを理解の上、本予診票が市町村に提出されることに同意します。  
令和 年 月 日

被接種者自署

(※自署できない者は代筆者が署名し、代筆者氏名および被接種者との続柄を記載)

(統一様式12)

群馬県内相互乗り入れ用

新型コロナウイルス感染症予防接種済証

(Lot No. )

住所  
氏名

年 月 日生

予防接種を行った年月日 年 月 日

年 月 日

群馬県 市町村長委託医療機関

医療機関名

接種医師名

印

※被接種者が、住所地市町村の接種済証を持参しなかった場合に使用

(統一様式13)

※被接種者が、住所地市町村の予診票を持参しなかった場合に使用。

但し、必ず被接種者の住所地市町村に電話で連絡のうえ承諾を得ることとし、下記にその月日を記載する。

群馬県内相互乗り入れ用

市町村へ連絡

月 日

带状疱疹予防接種予診票

診察前の体温

度 分

住 所	TEL	
氏 名	男 ・ 女	
生年月日	明治 ・ 大正 ・ 昭和	年 月 日生 (満 歳)

質 問 事 項	回 答 欄		医師記入欄
带状疱疹の予防接種を受けたことがありますか。	いいえ	はい	
(今回の接種が2回目以降の場合) 前回接種したワクチンの種類、接種年月日を記載してください。 (注1) ワクチンの種類は①シングリックス(組換えワクチン)、②乾燥弱毒生水痘ワクチン「ピケン」(生ワクチン)、③その他のうち、いずれか一つを○で囲んでください。	① / ② / ③ 年 月 日		
今日の带状疱疹の予防接種について市町村から配られている説明書を読みましたか。	はい	いいえ	
今日の予防接種の効果や副反応などについて理解しましたか。	はい	いいえ	
現在、何か病気にかかっていますか。 病名 ( )	いいえ	はい	
治療(投薬など)を受けていますか。	いいえ	はい	
その病気の主治医には、今日の予防接種を受けても良いと言われましたか。	いいえ	はい	
免疫不全と診断されたことがありますか。	いいえ	はい	
今日、体に具合の悪いところがありますか。 具合の悪い症状を書いてください。( )	いいえ	はい	
薬や食品で皮膚に発疹やじんましんが出たり、体の具合が悪くなったことがありますか。	いいえ	はい	
これまでに予防接種を受けて具合が悪くなったことがありますか。 予防接種の種類 ( )	いいえ	はい	
ひきつけ(けいれん)を起こしたことがありますか。	いいえ	はい	
1か月以内に予防接種を受けましたか。 予防接種の種類 ( )	いいえ	はい	
心臓病、腎臓病、肝臓病、血液疾患などの慢性疾患にかかったことがありますか。 病名 ( )	いいえ	はい	
その病気を診てもらっている医師に今日の予防接種を受けても良いと言われましたか。	はい	いいえ	
最近1か月以内に熱が出たり、病気にかかったりしましたか。 病名 ( )	いいえ	はい	
6か月以内に輸血あるいはガンマグロブリンの注射を受けましたか。	いいえ	はい	
今日の予防接種について質問がありますか。	はい	いいえ	

医師記入欄	以上の問診及び診察の結果、今日の予防接種は ( 可 能 ・ 見 合 わ せ る ) 本人に対して、予防接種の効果や副反応及び予防接種健康被害救済制度について、説明した。 <b>医師署名又は記名押印</b>
-------	--

ワクチンロット番号	接種方法		接種量	実施場所・医師名・接種年月日
ワクチン名 Lot No. (注)有効期限がきれいでないか要確認	シングリックス	乾燥弱毒生水痘ワクチン「ピケン」	0.5ml	実施場所 医師名 接種年月日 令和 年 月 日
	筋肉内注射	皮下注射		

带状疱疹予防接種希望書 (医師の診察の結果、接種が可能と判断された後に記入してください。)

医師の診察・説明を受け、予防接種の効果や副反応などについて理解した上で、接種を希望しますか。

( 接種を希望します ・ 接種を希望しません )

この予診票は、予防接種の安全性の確保を目的としています。

このことを理解の上、本予診票が市町村に提出されることに同意します。

令和 年 月 日

被接種者自署

(※自署できない者は代筆者が署名し、代筆者氏名および被接種者との続柄を記載)

(統一様式14)

## 【1回目】

群馬県内相互乗り入れ用			
<b>带状疱疹予防接種済証</b>			
ワクチン名： <u>シングリックス・ビケン</u>		※該当ワクチンに○印	
(Lot No. _____)		)	
住 所			
氏 名			
		年	月 日生
予防接種を行った年月日		年	月 日
年	月	日	
群馬県		市町村長委託医療機関	
<u>医療機関名</u>			
<u>接種医師名</u>		印	

※被接種者が、住所地市町村の接種済証を持参しなかった場合に使用

## 【2回目】

群馬県内相互乗り入れ用			
<b>带状疱疹予防接種済証</b>			
ワクチン名： <u>シングリックス</u>			
(Lot No. _____)		)	
住 所			
氏 名			
		年	月 日生
予防接種を行った年月日		年	月 日
年	月	日	
群馬県		市町村長委託医療機関	
<u>医療機関名</u>			
<u>接種医師名</u>		印	

※被接種者が、住所地市町村の接種済証を持参しなかった場合に使用

群馬県内相互乗り入れ予防接種業務委託契約 変更届

令和 年 月 日

群馬県医師会長 様

郡市医師会名：

医療機関名：

理事長・施設長名：

下記のとおり、変更がありましたので報告いたします。

変更年月日	令和 年 月 日
-------	----------

【医療機関に関する変更】

※変更項目に○印を付け必要事項を記入のうえ、委任状が必要な場合には添付してください。

変更事項	変更前	変更後
1. 医療機関名		
2. 所在地		
3. 電話番号		
4. 理事長・施設長* (新代表者名の委任状を添付)		
5. その他		

\*理事長・施設長は群馬県医師会員であること。

【予防接種の種類に関する変更】

変更前（現在、実施している予防接種の種類に○印を付してください。）

A類疾病に係る予防接種																	
五混	三混	二混	MR	MR 5期	麻疹	風疹	風疹 5期	日脳	BCG	ポリオ	HPV	ヒブ	小児用 肺炎 球菌	水痘	B型 肝炎	ロタ	RS ウイルス
B類疾病に係る予防接種																	
インフル エンザ	新型 コロナ	高齢者 肺炎球菌	带状疱疹														



変更後（変更後の予防接種の種類に○印を付してください。）

A類疾病に係る予防接種																	
五混	三混	二混	MR	MR 5期	麻疹	風疹	風疹 5期	日脳	BCG	ポリオ	HPV	ヒブ	小児用 肺炎 球菌	水痘	B型 肝炎	ロタ	RS ウイルス
B類疾病に係る予防接種																	
インフル エンザ	新型 コロナ	高齢者 肺炎球菌	带状疱疹														

【接種医師の変更】

※変更項目に○印を付け、委任状が必要な場合には添付してください。

- 接種医師の追加 → 追加接種医師の委任状を添付
- 接種医師の削除 → 辞退する接種医師名：

---



---



---

\*上記に書き切れない場合は、別紙に記載してください。

群馬県内相互乗り入れ予防接種業務委託契約 辞退届

令和 年 月 日

群馬県医師会長 様

郡市医師会名： \_\_\_\_\_

医療機関名： \_\_\_\_\_

所在地： \_\_\_\_\_

電話番号： \_\_\_\_\_

理事長・施設長名： \_\_\_\_\_

下記事由により委託契約を辞退したいので届出いたします。

辞退年月日	令和 年 月 日
辞退事由	