



福岡県医発第1764号(地)

平成28年 9月16日

各 医 師 会 長 殿

福 岡 県 医 師 会

会 長 松 田 峻一良

(公 印 省 略)

各市町村におけるB型肝炎ワクチン接種料金表等並びに平成28年度
インフルエンザ予防接種広域接種実施要領等の送付について

さて、平成28年9月12日付福岡県医発第1667号(地)文書にて、本年10月より定期接種化されるB型肝炎ワクチンについて、貴会において広域接種を希望する協力医療機関のとりまとめをお願いしているところです。

今般、各市町村における当該ワクチンの接種料金等詳細を記載した一覧表を作成いたしましたので貴会管下の協力医療機関への周知等にご活用いただきますようご送付いたします。

また、本年度のインフルエンザ予防接種広域接種実施要領並びに各市町村料金表をお送りいたしますので、併せて協力医療機関への周知方よろしく願いいたします。

なお、粕屋地区におきましては専用の請求書様式がありますが、現在作成中とのことですので届き次第お送りいたします。

【添付資料】

- ・福岡県定期予防接種広域化医療機関用マニュアル
- ・平成28年度各市町村定期予防接種料金一覧表（B型肝炎追加）
- ・平成28年度インフルエンザ予防接種実施要領
- ・平成28年度インフルエンザ広域予防接種料金・実施期間一覧
- ・筑紫地区専用様式
- ・古賀市専用様式（インフルエンザのみ）

小郡三井医師会より

予防接種担当理事 田中泰之
会長 白石恒明

福岡県定期予防接種広域化 医療機関用マニュアル

平成28年10月1日

予防接種広域化の目的

予防接種法に定められた予防接種は、市町村事業として実施されており、対象者が予防接種を受ける場合、住所地の市町村が発行した予防接種予診票等に基づき住所地の市町村と契約した医療機関または保健センター（集団）等において実施されています。

このため、かかりつけ医による個別接種が推奨されているにもかかわらず、予防接種対象者は、例えばかかりつけ医が住所地以外の市町村にある場合や病気治療で住所地以外の医療機関に入院されている場合等には、それらの医療機関では予防接種を受けることができません。

予防接種広域化は、予防接種対象者の身体状況等を日頃から把握している、かかりつけ医による予防接種を推進し、被接種者が安心して接種を受けられる体制を整備することで、予防接種機会の拡大を図るために行われるものです。

広域化における対象予防接種について

各市町村が予防接種法に基づいて行う定期の予防接種のうち、下記予防接種を広域接種の対象とする。※市町村によって実施方法・項目が異なります。

- 1) DPT-I PV（四種混合）
- 2) DPT（三種混合）
- 3) DT（二種混合）
- 4) 麻しん
- 5) 風しん
- 6) MR（麻しん風しん混合）
- 7) 日本脳炎（乾燥細胞培養ワクチン）
- 8) BCG
- 9) インフルエンザ（65歳以上）

①60歳以上65歳未満の者であって、心臓、じん臓又は呼吸器の機能に自己の周辺の日常生活行動が極度に制限される程度の障害を有する者及びヒト免疫不全ウイルスにより免疫の機能に日常生活がほとんど不可能な程度の障害を有する者も含む。

②インフルエンザの接種期間は被接種者の住所地の設定期間に限る。

③各市町村のインフルエンザ接種期間一覧は、シーズン前に別途送付予定。

10) ポリオ

11) 子宮頸がん予防

1 2) ヒブ

1 3) 小児用肺炎球菌

1 4) 水痘

1 5) 高齢者の肺炎球菌

①65 歳未満の対象者については 9) インフルエンザの①に準ずる。

②市町村によって定期接種以外の任意接種対象者も同様に接種可能となる場合もあることに留意する。

1 6) B型肝炎

接種対象者について

1) かかりつけ医が住所地市町村以外にある者

2) 病気治療等で住所地以外の病院等に入院している者

接種料金について

広域化における接種料金は被接種者の住所地市町村の料金とする。

※ただし、福岡市の住民については 接種地の料金とする。

接種手続きについて

1) 事前予約を受ける。

接種希望者の住所地市町村の広域接種実施開始日を確認のうえ、接種希望日、接種希望ワクチン等の確認をする。従来の「予防接種依頼書」は必要ない。

※各医療機関で実施可能な予防接種が異なるため、接種できない場合は、その旨を接種希望者へ伝える。

2) 接種当日に必要なものを希望者に伝える。

例)「乳幼児医療費受給資格者証（インフルエンザは除く）」

「健康保険証」、「母子健康手帳（インフルエンザを除く）」等

※インフルエンザにおいて自己負担金免除となる生活保護受給者等で、従来より接種時に住所地市町村の証明が必要な場合は、定められた住

所地の証明書が必要。詳しくは、接種希望者もしくは医療機関から
各市町村担当課 へ問い合わせのうえ、接種を行うこと。

3) 当日は、住所等接種に必要な事項を確認のうえ接種を行う。

予診票は、接種希望者の住所地もしくは医療機関所在地市町村のものを使用する。(統一された様式はない。)

4) 接種後は、実績報告書兼請求書（広域化分）に予診票を添付して、被接種者住所地市町村もしくは医師会へ提出する。

※各市町村接種料金一覧及び各市町村予防接種担当課一覧を参照。

※粕屋地区及び筑紫地区への請求については、専用の報告書兼請求書を使用。

※前年度接種分の請求については、各市町村とも支払会計処理の期限があるため、各市町村に連絡の上、早急に提出する。

5) 料金の支払いは、市町村が請求を受理した日から起算して30日以内に、医師会もしくは直接市町村より支払われる。

広域化の契約（委任書）について

広域実施契約については、各市町村長と福岡県医師会長との間で締結し、福岡県医師会長は、予防接種の広域化実施協力を承諾した医師（医療機関）の代理人として契約する。

実施協力医療機関として委任書（様式第1号）を提出の場合は、各市町村への周知、請求支払事務等の関係上、提出月の翌月1日から、広域化の接種が可能となる。

委任書を提出した医療機関が、諸事情により広域接種を取り止める場合には、速やかに辞退届（様式第3号）を、届出内容に変更があった場合には変更届（様式第4号）を提出すること。

* 広域化協力医療機関に対しては、「福岡県定期予防接種広域化実施医療機関ステッカー」を地域医師会より配布。

委任書記載の広域接種可能なワクチンについて、福岡県医師会ホームページ上への一般公開について希望をとる。

(※医療機関によっては、入院患者のみを想定して広域接種を実施している場合もあるため。ただし、委任書を提出した時点で、医療機関名はホームページ上に掲載。)

※ご不明な点等ありましたら、各市町村担当課もしくは各医師会へお問い合わせ下さい。

平成28年度
各市町村定期予防接種料金一覧表

		ポリオ	DPT-IPV	DPT	DT	M R 第1期	M R 第2期	M R 第3期	M R 第4期	麻しん 第1期	麻しん 第2期	麻しん 第3期	麻しん 第4期	風しん 第1期	風しん 第2期	風しん 第3期	風しん 第4期	日本脳炎 第1期	日本脳炎 第2期	日本脳炎 第1期特例	BCG	子宮頸がん 予防	ヒブ	小児用肺炎球菌	水痘	B型肝炎	予診のみ	特記事項
北九州市		10,265	11,507	5,902	3,855 (乳幼児4,665)	10,967	10,967	10,157	10,157	9,973	9,973	9,973	9,973	6,615	6,615	6,615	6,615	7,079	7,079	7,079	7,619	16,664	8,985	12,290	9,374	6,982	3,045	予防接種を実施した月の翌月10日までに予診票の原本とその他必要書類を添付のうえ請求。 ①B型、②破傷風・百日咳③麻疹。第4期は、長期療養が必要な疾病にかかったこと等によりやむを得ず延期の予防接種の機会を逸した者に限る。
中間市 芦屋町 水巻町 岡垣町 遠賀町	6歳未満	9,994	11,290	5,793		10,642	10,642			7,132	7,132			7,153	7,153			7,618			7,157		8,579	12,046	8,968	6,899	3,103	すべての接種者、6歳以上と6歳未満に分ける。
	6歳以上	9,184	10,480	4,983	5,350		9,832				6,322				6,343			6,808	6,808	6,808		16,258	7,769	11,236	8,158			
行橋市	6歳未満	9,770	10,910	5,520		10,320	10,320			6,910	6,910			6,920	6,920			7,400			7,480		8,360	11,660	8,650	0.25ml 6.210 0.5ml 6.470	2,920	接種不可の請求について ①接種不可と判断し、それが原因で治療を受けた場合は請求できない受付の段階で予診票のみで接種不可と判断した時は請求できない。
	6歳以上	9,000	10,130	4,740	4,510		9,550			6,130				6,150	6,150			6,620	6,620	6,620	16,070							
刃田町	6歳未満	9,880	11,020	5,640	5,080	10,410	10,410			7,050	7,050			7,050	7,050			7,520	7,520	7,520	7,590	16,180	8,470	11,770	8,860	0.25ml 6.210 0.5ml 6.470		平成26年度より接種不可者の請求は廃止。 接種翌月10日までに予診票を添付して請求して下さい。
	6歳以上	9,100	10,240	4,860			9,630			6,270			6,270			6,740	6,740	6,740										
みやこ町	6歳未満	9,770	10,910	5,520		10,320	10,320			6,910	6,910			6,920	6,920			7,400	7,400	7,400	7,480	16,070	8,360	11,660	8,650	0.25ml 6.210 0.5ml 6.470	2,920	医療機関が予防接種を実施した月の翌月10日までに、報告書兼請求書に予診票を添付して、順に請求する。
	6歳以上	9,000	10,130	4,740	0.1ml使用 4.510 1ml使用 5.010	9,550	9,550			6,130	6,130			6,150	6,150			6,620	6,620	6,620								
豊前市		8,890	10,020	4,560	4,880	9,420	9,420			6,020	6,020			6,060	6,060			6,520	6,520	6,520	6,240	15,900	8,800	11,200	7,860	5,580	2,000	接種翌月10日までに予診票を添付して請求して下さい。
紫上町		8,890	10,020	4,510	4,510	9,420	9,420			5,980	5,980			6,000	6,000			6,520	6,520	6,520	6,240	15,960	8,910	11,350	7,880	5,581	2,000	接種翌月10日までに報告書兼請求書(様式第2号)に予診票を添付し、請求して下さい。
吉富町		8,890	10,130	4,630	4,410	9,540	9,540			6,020	6,020			6,070	6,070			6,510	6,510	6,510	6,240	16,260	8,960	11,430	7,860	5,590	2,000	同時接種の不可問診(予診のみ)請求件数は1件とする。
上毛町		8,880	10,120	4,510	4,400	9,530	9,530			5,480	5,480			5,480	5,480			6,500	6,500	6,500	6,080	16,260	8,960	11,430	7,860	5,580	2,000	接種翌月10日までに報告書兼請求書(様式第2号)に予診票を添付し、請求。
福岡市		福岡市民の接種料金は、接種地の料金。請求は、報告書兼請求書に予診票(原本)を添付して直接福岡市へ提出(写し不可)。																								子どもの予防接種は2ヵ月毎に最終月の翌月(7・10・14年)10日までに行なわれる。 ※請求は、報告書兼請求書に予診票(原本)を添付して直接福岡市へ提出(写し不可)。		
春日市		10,260	12,139	6,696	6,469	11,163	11,163			7,643	7,643			7,648	7,648			7,410	7,410	7,410	8,748	16,254	9,979	13,284	10,368	7,983	3,045	同日、同一施設、同一者に対する「予診のみ」の請求是一件でとする。 請求先 A館・・・子育て支援課 B館・・・健康スポーツ課 予診票(ワクチンシール貼付)と請求書を翌月10日までに送付 請求先 A館・・・こども健康課 B館・・・すこやか長寿課
大野城市																												
筑紫野市																												
太宰府市																												
那珂川町																												同日、同一施設、同一者に対する「予診のみ」の請求是一件でとする。 同日、同一施設、同一者に対する「予診のみ」の請求は一件でとする。 同日、同一施設、同一者に対する「予診のみ」の請求は一件でとする。
永島市		12,027	13,215	7,772	5,499	12,729	11,185			9,198	7,653			9,176	7,632			8,107	7,216	7,216	9,381	16,666	10,613 小児用肺炎球菌と同時に 9,167	13,917 ヒブと同時に 12,471	11,001	8,318	6歳未満 4,241 6歳以上 3,350	市へ直接請求。請求は、毎月締の翌月末まで。
宇美町		9,639	10,837	5,319	4,674	11,138	11,138			7,617	7,617			7,628	7,628			6,885	6,885	6,885	7,527	16,254	8,224	11,529	10,368	6,727	3,046	麻しん・MR(皮内テスト)不可予診 5,986円 請求は粕屋地区の請求様式。 麻しん・MR(皮内テスト)不可予診 5,986円 請求は粕屋地区の請求様式。 麻しん・MR(皮内テスト)不可予診 5,986円 請求は粕屋地区の請求様式。 予診票の代案について、接種医師の代筆はいかなる場合も認めない。医師発行看護師はむをを得ない場合のみ。 麻しん・MR(皮内テスト)不可予診 5,986円 請求は粕屋地区用をご利用いただき、△類と△類は分けて請求。 麻しん・MR(皮内テスト)不可予診 5,986円 請求は粕屋地区用をご利用いただき、△類と△類は分けて請求。 麻しん・MR(皮内テスト)不可予診 5,986円 請求は粕屋地区用をご利用いただき、△類と△類は分けて請求。 麻しん・MR(皮内テスト)不可予診 5,986円 請求は粕屋地区の請求様式。
篠栗町																												
志免町																												
須恵町																												
新宮町																												
古賀市																												
久山町																												
粕屋町																												

ポリオ		DPT-IPV	DPT	DT	M R 第1期	M R 第2期	M R 第3期	M R 第4期	麻しん 第1期	麻しん 第2期	麻しん 第3期	麻しん 第4期	風しん 第1期	風しん 第2期	風しん 第3期	風しん 第4期	日本脳炎 第1期	日本脳炎 第2期	日本脳炎 第1期特例	BCG	子宮頸がん 予防	ヒブ	小児用肺炎 球菌	水痘	B型肝炎	予防のみ	特記事項	
宗像市		10,260	11,394	5,886	5,433	10,908	10,908		7,398	7,398			7,409	7,409			7,682	7,682	7,682	7,614	16,524	8,846	12,150	9,234	6,956	3,135	同時接種において不可問診が発生した場合、使用した予防票は必ず交付し、請求料金は発生せずとする。 請求料 A型…子ども健康課 B型…健康課	
福津市																											同時接種時の不可問診の場合、使用した予防票は必ず交付し、請求料金は1件とする。 ※実施月でまとめた分を、翌月10日までに予防票を交付のうえ請求。	
直方市	6歳未満	9,636	10,878	5,381	5,154	10,284	10,284		6,774	6,774			6,774	6,774			7,260	6,510 予防のみ 720	7,260	6,990 予防のみ 1,470	15,960 予防のみ 720	8,222 予防のみ 1,470	11,526 予防のみ 1,470	8,610 予防のみ 1,470	6歳未満 6,029 6歳以上10 歳未満 5,279 10歳以上 5,570	1,470	720	
	6歳以上	8,886	10,128	4,631	4,404	-	9,534	-	6,024	-	6,024	-	6,024	-	6,510	6,510												
小竹町	6歳未満	9,636	10,878	5,381	5,154	10,284 予防のみ 1,470	10,284		6,774 予防のみ 1,470	6,774			6,774 予防のみ 1,470	6,774			7,260	6,510 予防のみ 720	6,510 予防のみ 720	6,990 予防のみ 1,470	15,960 予防のみ 720	8,222 予防のみ 1,470	11,526 予防のみ 1,470	8,610 予防のみ 1,470	6歳未満 6,029 6歳以上10 歳未満 5,279 10歳以上 5,570	1,470	720	翌月10日までに請求。
	6歳以上	8,886	10,128	4,631	4,404		9,534	6,024	6,024	6,024	6,024	6,510	6,510															
鞍手町	6歳未満	9,636	10,878	5,381	5,154	10,284	10,284		6,774	6,774			6,774	6,774			7,260	6,510 6,510	6,510	6,990	15,960	8,222	11,526	8,610	6歳未満 6,029 6歳以上10 歳未満 5,279 10歳以上 5,570	1,470	720	月末締めで10日までに市へ請求。
	6歳以上	8,886	10,128	4,631	4,404		9,534	6,024	6,024	6,024	6,024	6,510	6,510															
宮若市	6歳未満	9,636	10,878	5,381	5,154	10,284	10,284		6,774	6,774			6,774	6,774			7,260	7,260	7,260	6,990	15,960	8,222	11,526	8,610	6歳未満 6,029 6歳以上10 歳未満 5,279 10歳以上 5,570	1,470	720	予防接種料金は、年齢が6歳未満か、6歳以上かによって決定。
	6歳以上	8,886	10,128	4,631	4,404	9,534	9,534	6,024	6,024	6,024	6,024	6,510	6,510															
田川市		8,700	9,700	5,500	4,500	9,200	9,200		6,000	6,000			6,000	6,000			6,600	6,600	6,600	6,500	16,000	8,800	11,200	7,700	5,800	1,100	同時接種時に接種不可となった場合は、1件分だけを請求。 A類とB類を分けて請求	
香春町																											A類とB類を分けて請求	
添田町																											同時接種時に接種不可となった場合は、1件分だけを請求。 A類とB類を分けて請求	
糸田町																											同時接種時に接種不可となった場合は、1件分だけを請求。 A類とB類を分けて請求	
川崎町																											同時接種時に接種不可となった場合は、1件分だけを請求。 A類とB類を分けて請求	
福智町																											同時接種時に接種不可となった場合は、1件分だけを請求。 A類とB類を分けて請求	
大任町																											同時接種時に接種不可となった場合は、1件分だけを請求。 A類とB類は別々に請求して下さい。 B類疾患の署名の代筆は、接種医療機関の従事者は不可。	
赤村																												
飯塚市	6歳未満	8,883 予防のみ 1,750	10,179 予防のみ 1,750	4,725 予防のみ 1,750	予診のみ 1,339 上記期間外に接種 4,806 予診のみ 1,339 ~7歳が月未満 5,146 予診のみ 1,750	10,584 予診のみ 1,750	10,584 予診のみ 1,750	※9,774 予診のみ 1,339	※9,774 予診のみ 1,339	7,074 予診のみ 1,750	7,074 予診のみ 1,750	※6,264 予診のみ 1,339	※6,264 予診のみ 1,339	7,085 予診のみ 1,750	7,085 予診のみ 1,750	※6,275 予診のみ 1,339	※6,275 予診のみ 1,339	6,750 予診のみ 1,339	6,750 予診のみ 1,339	7,290 予診のみ 1,339	15,631 予診のみ 1,750	7,630 予診のみ 1,750	10,935 予診のみ 1,750	8,910 予診のみ 1,750	0.5ml 5,921 0.25ml 5,642	各ワクチン毎 に設定	問診票の明確な医師サインが必要。 ・A類・B類別請求をお願いします。	

平成28年度
各市町村定期予防接種料金一覧表

	ポリオ	DPT-IPV	DPT	DT	M R 第1期	M R 第2期	M R 第3期	M R 第4期	麻しん 第1期	麻しん 第2期	麻しん 第3期	麻しん 第4期	風しん 第1期	風しん 第2期	風しん 第3期	風しん 第4期	日本脳炎 第1期	日本脳炎 第2期	日本脳炎 第1期特例	BCG	子宮頸がん 予防	ヒブ	小児用肺炎 球菌	水痘	B型肝炎	予防のみ	特記事項
八女市	9,957	11,091	5,702	4,665	10,605	10,605			6,944	6,944			7,020	7,020			6月～12歳 7,581	6月～12歳 7,581	6月～12歳 7,581	7,311	16,221	8,542	11,847	8,931	6,177	3,045	翌月の10日までに予防書を返付し 八女市健康推進課に請求する。 A期とB期は分けて請求する。B期 は高齢者インフルエンザと高齢者 用肺炎球菌を分けて請求する。
筑後市	9,957	11,091	5,702	4,665	10,605	10,605			6,944	6,944			7,020	7,020			6月～12歳 7,581	6月～12歳 7,581	6月～12歳 7,581	7,311	16,221	8,542	11,847	8,931	6,177	3,045	同時接種についての、予防のみの 接種は1件までとする。 翌月10日(該当日が土曜日・日曜 日・祝休日にあたる場合はその翌 日)まで請求。 ※医療法人の場合は、請求書に 「法人印」および「代表者印」の2種 類を提出。
広川町	9,957	11,091	5,702	4,665	10,605	10,605			6,944	6,944			7,020	7,020			6月～12歳 7,581	6月～12歳 7,581	6月～12歳 7,581	7,311	16,221	8,542	11,847	8,931	6,177	3,045	A期とB期に請求書を分けること。
期倉市 筑前町 東峰村	8,937 予防のみ 1,749	10,233 予防のみ 1,749	4,725 予防のみ 1,749	4,860 予防のみ 1,339	11,934 予防のみ 2,332	11,934 予防のみ 2,332			8,424 予防のみ 2,332	8,424 予防のみ 2,332			8,435 予防のみ 2,332	8,435 予防のみ 2,332			6,910 予防のみ 1,749	6,904 予防のみ 1,339	・生後90ヶ月未満 6,910 予防のみ 1,749 ・生後90ヶ月以上 6,804 予防のみ 1,339	8,640 予防のみ 2,332	15,684 予防のみ 1,339	7,522 予防のみ 1,749	10,989 予防のみ 1,749	9,207 予防のみ 2,332	5,543 予防のみ 1,749	各ワクチン毎 に設定	予防接種法施行令附第4項に基 づく対象者で、生後90月以上のも のが日本脳炎予防接種の第1期 の不十分接種した場合は、第2 期の接種料金を適用する。 予防接種を実施した月の翌月10 日まで請求。 請求書には、法人印と法人の代表 者印(スタンプ式不可)を必ず押印 のこと。代表者名の前に肩書を併 記すること。
小郡市	9,590	10,886	5,497	4,806	11,988	10,184			8,327	6,523			8,402	6,598			7,322	6,750	6,178	8,694	16,200	8,175	11,642	10,313	6,556	3,046	予防接種を実施した翌月10日ま でに、報告書兼請求書(様式第2号) に予防書を返付して請求。
大刀洗町	9,590	10,886	5,496	4,806	11,988	10,184			8,478	8,478			8,488	8,488			7,322	6,750	6,178	8,694	16,200	8,175	11,642	10,313	6,556	3,046	予防接種を希望する接種者が自 害できない場合は、本人の希望を 十分に確認し代表者が署名する。 の場合、必ず1章各氏名及び肩 書と接種料との統制を記載する。注 意：接種票は記載できない。交付 票額又は者数等は可能(詳細に 交付又は者数等と記入すること)。
大川市	9,936	11,070	5,616	4,644	10,800	10,800			7,074	7,074			7,084	7,084			1期初回・追加 7,560	6,750	1期初回・追加 6,750	7,506	16,200	8,521	11,826	8,908	6,221 予防のみ 3,045	6歳未満 3,045 6歳以上 1,339	大川三浦医師会管内の医療機関 が実施した区域分の請求は、大川 三浦医師会経由で請求。同医師会 管内の医療機関は所属する医師 会経由もしくは市町村に直接請 求。
大木町	9,936	11,070	5,616	3～90月未満 5,454 11～13歳未満 4,644	10,800	10,800			7,074	7,074			7,084	7,084			1期初回・追加 7,560	6,750	1期初回・追加 90ヶ月未満 7,560 90ヶ月以上 6,750	7,506	16,200	8,521	11,826	8,908	6,221 予防のみ 3,045	6歳未満 3,045 6歳以上 1,339	大川三浦医師会管内の医療機関 が実施した区域分の請求は、大川 三浦医師会経由で請求。同医師会 管内の医療機関は所属する医師 会経由もしくは市町村に直接請 求。
柳川市	乳幼児 10,546 予防のみ 3,855 小学生 10,141 予防のみ 3,045	乳幼児 11,032 予防のみ 3,175 小学生 10,627 予防のみ 3,175	乳幼児 4,627 予防のみ 2,276 小学生 4,222 予防のみ 1,765	4,590 予防のみ 1,765	11,977 予防のみ 3,855	11,977 予防のみ 3,855	11,167 予防のみ 3,045	11,167 予防のみ 3,045	8,478 予防のみ 3,855	8,478 予防のみ 3,855	7,668 予防のみ 3,045	7,668 予防のみ 3,045	8,478 予防のみ 3,855	8,478 予防のみ 3,855	7,668 予防のみ 3,045	7,668 予防のみ 3,045	乳幼児 6,647 予防のみ 2,276 小学生 6,242 予防のみ 1,765	6,242 予防のみ 1,765	乳幼児 6,647 予防のみ 2,276 小学生以上 6,242 予防のみ 1,765	8,737 予防のみ 3,855	16,567 予防のみ 3,175	8,483 予防のみ 3,175	11,788 予防のみ 3,175	8,926 予防のみ 3,045	6,118 予防のみ 3,175	各ワクチン毎 に設定	同時接種時に接種不可となった場 合は、1件だけを請求。
みやま市	乳幼児 10,546 予防のみ 3,855 小学生 10,141 予防のみ 3,045	乳幼児 11,032 予防のみ 3,175 小学生 10,627 予防のみ 3,175	乳幼児 4,627 予防のみ 2,276 小学生 4,222 予防のみ 1,765	4,590 予防のみ 1,765	11,977 予防のみ 3,855	11,977 予防のみ 3,855			8,478 予防のみ 3,855	8,478 予防のみ 3,855			8,478 予防のみ 3,855	8,478 予防のみ 3,855			乳幼児 6,647 予防のみ 2,276 小学生 6,242 予防のみ 1,765	6,242 予防のみ 1,765	乳幼児 6,647 予防のみ 2,276 小学生 6,242 予防のみ 1,765	8,737 予防のみ 3,855	16,567 予防のみ 3,175	8,483 予防のみ 3,175	11,788 予防のみ 3,175	8,926 予防のみ 3,045	6,118 予防のみ 3,175	各ワクチン毎 に設定	同日、同一施設、同一者に対する 「予防のみ」の請求は1件までとし る。 1)管内医療機関分については医 療券にて取りまとめて一括請求 2)市外医療機関は、実施月の翌 月10日までにみやま市へ直接請 求書を提出
うきは市	10,467	11,601	6,212	4,644	12,042	12,042	※9,828	※9,828	8,488	8,488	※6,274	※6,274	8,488	8,488	※6,274	※6,274	6,865	6,750	6,199	8,694	15,649	9,053	12,357	10,314	6,872	1,911	※MR、麻しん、風しんの第3・4期 は、長期にわたる療養を必要とす る疾病にかかったこと等によりやむ を得ず正確な予防接種の機会を 逃した者に限る。

予防接種名	実施区分等	接種単価	不可単価
四種混合	生後3月～生後90月(7歳6月)に至るまでの間にある乳幼児	円 10,053	円 3,570
三種混合	生後3月～生後90月(7歳6月)に至るまでの間にある乳幼児	4,555	3,570
二種混合	11歳以上13歳未満	4,618	2,820
ポリオ	生後3月～生後90月(7歳6月)に至るまでの間にある乳幼児	8,811	3,570
麻しん	生後12月～24月に至るまでの間にある幼児	9,174	3,570
	小学校入学前の1年間 (5歳～7歳未満の幼児)	9,174	3,570
風しん	生後12月～24月に至るまでの間にある幼児	9,174	3,570
	小学校入学前の1年間 (5歳～7歳未満の幼児)	9,174	3,570
麻しん風しん 混合	生後12月～24月に至るまでの間にある幼児	12,727	3,570
	小学校入学前の1年間 (5歳～7歳未満の幼児)	12,727	3,570
日本脳炎	生後6月～就学前の乳幼児	6,629	3,570
	9歳未満の小学生	5,999	2,820
	9歳～12歳の小・中学生	6,529	2,820
	13歳以上(平成7年4月2日以後に生まれた者)	6,529	2,820
BCG	生後1歳に至るまでの間にある乳児	6,990	3,570
子宮頸がん	小学6年生～高校1年生に相当する年齢の女性	15,960	2,820
インフルエンザ菌b型 ワクチン(ヒブワクチン)	生後2月～生後60月(5歳)に至るまでの間にある乳幼児	8,221	3,570
小児用肺炎球菌	生後2月～生後60月(5歳)に至るまでの間にある乳幼児	11,676	3,570
水痘	生後12月～生後36月(3歳)に至るまでの間にある乳幼児	8,610	3,570
B型肝炎	平成28年4月1日以後に生まれた 生後1歳に至るまでの間にある乳児	6,512	3,570
インフルエンザ	一部負担金徴収者	3,324	2,820
	一部負担金免除者	4,324	2,820
	自己負担額(生活保護 無料)	1,000	
高齢者肺炎球菌	一部負担金徴収者	4,794	2,820
	一部負担金免除者	7,794	2,820
	自己負担額(生活保護・市民税非課税世帯 無料)	3,000	
特記事項及び請求方法	請求は、予防接種を実施した月の翌月10日までに、定期予防接種報告書兼報告書(広域分)に予診票を添付し、提出する。 なお、高齢者肺炎球菌予防接種の請求については、予診票に『平成28年度成人用肺炎球菌予防接種対象者』(うぐいす色)を添付し、提出する。 また、自己負担免除者は、上記に免除確認書類もあわせて添付すること。		

平成28年度 福岡県定期予防接種広域化 インフルエンザ予防接種実施要領

1. 実施期間

- 被接種者居住地市町村が定めたインフルエンザ予防接種期間を基本とする。
(接種期間外は、任意接種)

※福岡市住民についても、福岡市が定めた接種期間内での実施とする。

2. 接種対象者

- 満65歳以上で接種を希望する人および満60歳以上65歳未満の人で心臓、腎臓、若しくは呼吸器の機能又は、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人。

3. 予診票及び接種済証

- 各市町村作成のものを使用。(予診票は統一しない。接種地市町村、被接種者居住市町村どちらのものでも可)
- 接種済証については広域化対応のものを使用。(市町村もしくは医師会作成のもの)

4. 個人負担金 ※別紙料金表参照

- 被接種者居住地市町村が定めた自己負担額(別紙のB欄参照)を、被接種者から徴収。
- 自己負担免除者は、自己負担なし。各市町村において免除対象者が異なる。免除者本人が持参する被接種者居住地市町村・保健福祉環境事務所が発行した通知書および証明書等で確認のうえ、接種を行う。

5. 請求方法

- 広域化報告書兼請求書に予診票を添付のうえ、
①被接種者居住地市町村の定めた接種料金から自己負担額を差し引いた金額(別紙のA欄参照)を、被接種者居住市町村(郡市医師会が取り纏めを行う場合は郡市医師会)へ請求。
②自己負担免除者分については、接種料金全額(別紙のA+B欄参照)を請求。

6. 健康被害等について

- 接種により生じた予防接種事故等については、被接種者居住地市町村の設置する予防接種健康被害調査委員会の審議に付し、その意見に基づいて処理するものとする。

7. その他注意事項

- 自己負担免除対象者等について不明な場合は、各市町村へ確認のうえ、接種を実施すること。
- 接種済証(広域化対応分)は、各市町村において作成したものを使用すること。ただし、広域化対応の接種済証未作成の市町村に所在する医療機関は、医師会作成の広域化対応接種済証を使用するものとする。

平成28年度インフルエンザ広域予防接種料金・実施期間一覧

	市町村名	接種料金（A+B）：市町村委託料		予診のみ （不可問診）	接種期間	特記事項
		市町村負担金（A）	自己負担金（B）			
1	北九州市	一般:3,387 施設:1,119 生保・非課税世帯（自己負担なし） 一般:4,887 施設:2,619	1,500 在宅・施設減額 負担なし	3,045 （施設実施分は0）	平成28年10月1日～平成29年3月31日	・減免対象者:65歳以上で生活保護受給者又は世帯全員が市民税非課税の方。接種の際は、「介護保険料納入通知書（所得段階が1～3のもの）」、「印鑑カード」、「保護証明書」、「本人確認証」（中国残留邦人等永住帰国者）、「介護保険負担限度額認定証」、「介護保険特定負担限度額認定証」、「後期高齢者医療限度額適用・標準負担額減額認定証」を確認。有効期限内のものに限る。 ・予診のみの者:施設実施分については「予診のみ（不可問診）」の支払は認めません。 ・施設:介護老人保健施設、介護療養型医療施設、特養、養護、軽費ケアハウスにて、定期的に健康管理を行う医師（嘱託医、協力医、施設を設立した法人に属する医師等）が接種する場合。 ・60歳から65歳未満の者で、心臓、腎臓若しくは呼吸器の機能又はヒト免疫不全ウイルスによる免疫機能の障害を有する者（身体障害者手帳1級程度の障害）については、同障害が確認できる身体障害者手帳のコピー（障害程度が分かる部分）を予診票に添付。
2	中間市	一般:3,240 施設・入院:1,150 生保・非課税世帯（自己負担なし） 一般:4,740 施設・入院:2,650	1,500	2,925	平成28年10月1日～平成29年3月31日	・生活保護、市町民税非課税世帯は、事前の申請により「無料」と明記した予診票を持参した被接種者のみ自己負担なし。 ・入所施設:介護老人保健施設、介護療養型医療施設、特別養護老人ホーム、養護老人ホーム、ケアハウス等にて、定期的に健康管理を行う医師が接種する場合。 ・予診票の代筆は家族、親族が記入。できない場合は医師、看護師以外の職員。
3	芦屋町					
4	岡垣町					
5	遠賀町					
6	水巻町					
7	行橋市	3,630 生保:4,730（自己負担なし）	1,100	0	平成28年10月1日～平成29年2月28日	・60歳以上65歳未満で心臓・腎臓又は呼吸器の機能に障害があり身の回りの生活を極度に制限される方（概ね身体障害者障害程度等級1級の方）又は、ヒト免疫不全ウイルスによる免疫の機能に障害があり、日常生活が殆ど不可能な方（概ね身体障害者障害程度等級1級の方）が接種する場合は、身体障害者手帳のコピーもしくは医師意見書の添付。 ・生活保護受給中の方は、保護受給証明書提出にて自己負担金無料（請求時、保護受給証明書添付）。
8	苅田町	3,630 生保:4,730（自己負担なし）	1,100	0	平成28年10月1日～平成29年2月28日	・生活保護受給者は、診療依頼書の提示で、自己負担免除（※予診票に必ず生保番号を記入して下さい。）。 ・60歳以上65歳未満で、心臓・腎臓又は呼吸器の機能に障害があり身の回りの生活を極度に制限される方（概ね身体障害者障害程度等級1級に相当）又は、ヒト免疫不全ウイルスによる免疫の機能に障害があり日常生活が殆ど不可能な方（概ね身体障害者障害程度等級1級に相当）が接種する場合は、身体障害者手帳のコピーもしくは医師意見書の添付。
9	みやこ町	3,630 生保:4,730（自己負担なし）	1,100	0	平成28年10月1日～平成29年2月28日	・生活保護を受けている人は、診療依頼書の提示で、自己負担免除（※予診票に必ず生保番号を記入して下さい。）。 ・60歳以上65歳未満で、心臓・腎臓又は呼吸器の機能に障害があり身の回りの生活を極度に制限される方（概ね身体障害者障害程度等級1級に相当）又は、ヒト免疫不全ウイルスによる免疫の機能に障害があり日常生活が殆ど不可能な方（概ね身体障害者障害程度等級1級に相当）が接種する場合は、身体障害者手帳のコピーもしくは医師意見書の添付。
10	豊前市	3,000 生保:4,000（自己負担なし）	1,000	0	平成28年10月1日～平成28年12月31日	・生活保護世帯の方は自己負担免除。事前に市から証明書の交付を受け、接種の際に提示。 ・生活保護世帯者分の請求は、必ず証明書を予診票に添付して請求。
11	上毛町	4,000	0	1,000	平成28年10月1日～平成28年12月31日	・自己負担なし
12	築上町	3,000 生保:4,000（自己負担なし）	1,000	1,000	平成28年10月1日～平成28年12月31日	・生活保護者は全額町負担（自己負担なし）。ただし、事前に医療機関窓口での診療依頼書の提示が必要。 ・医療機関においては、予診票にケース番号の記載をお願いいたします。
13	吉富町	3,000 生保:4,000（自己負担なし）	1,000	1,000	平成28年10月1日～平成28年12月31日	・生活保護受給者は、診療依頼書の提示で自己負担免除。予診票にケース番号を記入してください。 ・60～65歳未満の対象者が接種する場合は、身体障害者手帳の写し、医師の意見書を添付してください。

平成28年度インフルエンザ広域予防接種料金・実施期間一覧

	市町村名	接種料金（A+B）：市町村委託料		予診のみ （不可問診）	接種期間	特記事項
		市町村負担金（A）	自己負担金（B）			
14	福岡市	接種地の料金 （※自己負担なしの料金）	1,500	接種地の料金	平成28年10月1日～平成29年1月31日	・接種地の接種料金（接種地の市町村負担金＋接種地の自己負担金）から福岡市設定の自己負担金1,500円を控除した金額を福岡市に請求。ただし、自己負担免除者の場合は接種地の料金（接種地の市町村負担金＋接種地の自己負担金）を請求する。また、自己負担免除者は証明書の添付が必要。 ・請求は、報告書兼請求書に予診票を添付して直接福岡市へ（写し不可）。 ・60歳以上65歳未満の定期接種対象者は身体障害者手帳の写しも添付。 【自己負担免除証明書類】 ・生活保護受給者は、「介護保険料（納入通知書兼）特別徴収通知書（第1所得段階）の写し」「医療券の写し」「医療券連名簿の写し」「緊急受診証の写し」「介護券連名簿の写し」「福祉事務所発行の保護受給証明書」 ・中国残留邦人等支援法に基づく支援給付の支給決定を受けている方は、「中国残留邦人等支援法に基づく本人確認証の写し」 ・市県民税非課税世帯の方は、「介護保険料（納入通知書兼）特別徴収通知書（第1、第2、第3所得段階）の写し」「後期高齢者医療限度額適用・標準負担額減額認定証の写し」「介護保険負担限度額認定証の写し」「介護保険特定負担限度額認定証の写し」「（区役所発行の）市県民非課税証明書（証明書に「高齢者予防接種用」のゴム印が押印されているものに限る）。 ・「国民健康保険標準負担額減額認定証の写し」「国民健康保険限度額適用・標準負担額減額認定証の写し」は不可。
15	大野城市	3,435 ※自己負担金免除者：4,935（自己負担なし）	1,500	3,045	平成28年10月1日～平成29年2月28日	・自己負担金無料者分の請求は、被接種者が持参した「自己負担金変更通知書」を予診票に添付して請求すること。なお、接種日は「自己負担金変更通知書」の発行日以後であること。 ・60～64歳の者に対する接種には、該当する障害者手帳（1級）のコピーを添付すること。 ・接種翌月までに請求書を提出してください（遅れる場合は連絡をください）。 ・予診票にはワクチンロットシールを張り付けてください。 ・「体温37.5℃以上」「年齢対象外」「接種回数超過」「接種間隔NG」の場合の「予診のみ」の請求はできません。 ・「予診のみ」の請求はワクチンによって金額が違いますので、欄を分けて請求して下さい。
16	春日市					
17	太宰府市					
18	筑紫野市					
19	那珂川町					
20	糸島市	3,664 ※自己負担金免除者5,164（自己負担なし）	1,500	3,350	平成28年10月1日～平成29年3月31日	・生活保護世帯、住民税非課税世帯は、事前申請による自己負担金免除通知書を提示の場合のみ、自己負担金免除。 ・自己負担金免除者分の請求は、被接種者が持参した「自己負担金免除通知書」を予診票に添付して請求。
21	古賀市	2,794 生保：4,794（自己負担なし）	2,000	1,080	平成28年10月1日～平成29年1月31日	・生保該当者については、自己負担なし。（診療依頼書を掲示すること） ・予診票の代筆は、家族、親族のみ可。医療従事者（医師、看護師）は不可。
22	宇美町	3,194 生保：4,794（自己負担なし）	1,600	1,080	平成28年10月1日～平成29年1月31日	・自己負担額の免除対象者の請求には、生活保護の受給対象者であることを診療依頼書等の書面で確認し、予診票にその写しを添付する事。
23	粕屋町					
24	篠栗町					
25	志免町					
26	新宮町					
27	須恵町					
28	久山町					
29	宗像市	3,300 生保・非課税世帯：4,700（自己負担なし）	1,400	3,135	平成28年10月1日～平成29年3月31日	・自己負担免除にかかる証明について生活保護受給者は「診療依頼書」か「保護受給証明書」の写しを、非課税世帯の者は「後期高齢者医療限度額適用・標準負担額減額認定証」、「介護保険負担限度額認定証」の写し、又は市が発行する「宗像市インフルエンザ予防接種費用徴収免除対象者証明書」の原本を添付の上請求を行うこと。なお、いずれの証明書も接種日より前に発行されたものを使用すること。満60～65歳未満の対象者は必ず身体障害者手帳（1級）の写し（表紙と障害名がわかるページ）又は、医師の診断書を添付の上請求を行うこと。
30	福津市					・自己負担免除にかかる証明について生活保護受給者は「診療依頼書」か「保護受給証明書」の写しを、非課税世帯の者は「後期高齢者医療限度額適用・標準負担額減額認定証」、「介護保険負担限度額認定証」の写し、又は市が発行するインフルエンザ予防接種用の非課税証明書の原本を添付の上請求を行うこと。なお、いずれの証明書も接種日より前に発行されたものを使用すること。満60～65歳未満の対象者は必ず身体障害者手帳（1級）の写し（表紙と障害名がわかるページ）又は、医師の診断書を添付の上請求を行うこと。

平成28年度インフルエンザ広域予防接種料金・実施期間一覧

	市町村名	接種料金（A+B）：市町村委託料		予診のみ （不可問診）	接種期間	特記事項
		市町村負担金（A）	自己負担金（B）			
31	直方市	3,075 生保：4,375（自己負担なし）	1,300	720	平成28年10月1日～平成29年3月31日	・生活保護受給者については、持参の生活保護受給証明証証明書を予診票に添付して請求。 ・60歳から65歳未満の対象者は、身体障害者手帳の写しを予診票に添付のうえ請求。 ・予診票の被接種者自署の代筆は、医療職の署名は認められない。
32	宮若市					・生活保護受給者へは、持参の証明書等で確認のうえ接種。生活保護受給証明書又は診療依頼書の写しを予診票に添付のうえ請求。 ・60歳から65歳未満の対象者は、身体障害者手帳の写しを予診票に添付のうえ請求。
33	小竹町					・生活保護受給者へは、持参の証明書等で確認のうえ接種。生活保護受給証明書又は診療依頼書の写しを予診票に添付のうえ請求。 ・60歳から65歳未満の対象者は、身体障害者手帳の写しを予診票に添付のうえ請求。
34	鞍手町					・生活保護受給者へは、持参の証明書等で確認のうえ接種。予診票代筆者はできる限り医療従事者以外が望ましい。
35	田川市	3,500 生保：4,500（自己負担なし）	1,000	1,790	平成28年10月1日～平成29年3月31日	・生活保護世帯は自己負担額全額免除。 ・A類疾病とB類疾病に分けて請求。
36	糸田町					・生活保護受給者は自己負担免除。
37	大任町					・生活保護者は、無料（自己負担0円）。全額町負担。A類疾病・B類疾病に分けて請求。
38	川崎町	4,500	0	1,790	平成28年10月1日～平成29年3月31日	・60歳以上65歳未満（心臓、腎臓又は呼吸器疾患、血液及び免疫疾患などの障害（身体障害者手帳1級程度））の者は、同障害が確認できる身体障害者手帳の写し（障害程度がわかる部分）を添付の上請求。 ・2回目の接種については、全額自己負担（生活保護者も含む）。 ・「乳幼児定期予防接種」と「高齢者インフルエンザ・成人用肺炎球菌」の請求書を各々別に作成し、請求すること。
39	香春町	3,500 生保：4,500（自己負担なし）	1,000	1,790	平成28年10月1日～平成29年3月31日	・65歳以上の生活保護者は自己負担免除。
40	添田町					・65歳以上の生活保護者は自己負担免除。 ・生活保護者受給者は、診療依頼書（世帯員名簿・確認票）の写し添付の上請求。 ・A類疾病とB類疾病を分けて請求。 ・2回目の接種については、全額自己負担（生活保護者も含む）。
41	福智町					・生活保護受給者は、受給証明書または診療依頼書（世帯員名簿・確認票）の写し添付の上請求。 ・60歳以上65歳未満の心臓、腎臓又は呼吸器疾患、血液及び免疫疾患などの障害（身体障害者手帳1級程度）を有する者は、同障害が確認できる身体障害者手帳の写し（障害程度がわかる部分）を添付の上請求。 ・2回目の接種については、全額自己負担（生活保護者も含む）。
42	赤村					・65歳以上の生活保護者は自己負担免除。 ・2回目の接種については全額自己負担（生活保護者も含む）。
43	飯塚市	3,460 生保、市民税非課税世帯：4,860（自己負担なし）	1,400	1,339	平成28年10月1日～平成29年12月30日	・生活保護世帯・市民税非課税世帯は自己負担額を免除。 ※生活保護者は医療カードNo記載、市民税非課税世帯は非課税世帯証明書の添付が必要。
44	嘉麻市					・生活保護世帯、市民税非課税世帯は、自己負担額を免除。 ・生活保護世帯は印鑑登録証兼医療カードのケース番号を予診票に記載 ・市民税非課税世帯は非課税世帯証明書を予診票に添付（添付なしは免除不可） ・接種は1人1回のみ（不可問診も）。
45	桂川町					・生活保護世帯、市民税非課税世帯は、自己負担額免除。 ・生活保護世帯は診療依頼書のケース番号を予診票に記載 ・市民税非課税世帯は非課税世帯証明書（平成28年6月1日以降に発行したもの）を添付（添付なしは免除不可） ・代筆については、本人の意思が確認でき、肉体的事情で自署できない場合、成年後見人の場合 ・免除の書類を持参せずに自費で接種した場合、町からの払い戻しはできません。
46	久留米市	3,348 生保、非課税世帯：4,968（自己負担なし）	1,620	1,339	平成28年10月3日～平成28年12月28日	・自己負担額免除者：次の①～⑤いずれかを添付〔①無料インフルエンザ予防接種確認書②平成28年度介護保険料納付通知書（保険料段階1～3段階に限る）の写し、③介護保険負担限度額認定証の写し（有効期限内のもの）、④後期高齢者医療限度額適用・標準負担額減額認定証の写し（有効期限内のもの）、⑤生活保護受給証明書〕。 ・60歳から65歳未満の対象者：障害が確認できるもの（身体障害者手帳の写し、診断書等）を予診票に添付。

平成28年度インフルエンザ広域予防接種料金・実施期間一覧

	市町村名	接種料金（A+B）：市町村委託料		予診のみ （不可問診）	接種期間	特記事項
		市町村負担金（A）	自己負担金（B）			
47	大牟田市	3,324 生保：4,324（自己負担なし）	1,000	2,820	平成28年10月1日～平成29年1月31日	・自己負担免除者は生活保護受給者のみ ・請求時は予診票に生活保護証明書添付すること
48	八女市	3,505 生保、非課税世帯：5,005（自己負担なし）	1,500	0	平成28年10月15日～平成28年12月31日	・インフルエンザ予防接種の自己負担金免除者は、高齢者予防接種費用免除証明書、介護保険負担限度額認定証（有効期限内のもの）の写し、後期高齢者医療限度額適用・標準負担額減額認定証（有効期限内のもの）の写し又は生活保護受給証明書を予診票に添付する。 ・60歳以上65歳未満の対象者は、身体障害者手帳の写し、医師の診断書等（該当する障害の種類及び1級が確認できる者）を予診票に添付する。
49	筑後市					・生活保護受給世帯及び市民税非課税世帯の被接種者は、自己負担金なし。 ・事前の申請により健康づくり課で発行した「高齢者予防接種費用免除対象者証明書」、有効期限内の「介護保険負担限度額認定証」「後期高齢者医療限度額適用・標準負担額減額認定証」の提示により確認してください。 ・自己負担金免除者は、「高齢者予防接種費用免除対象者証明書」、または「介護保険負担限度額認定証」「後期高齢者医療限度額適用・標準負担額減額認定証」いずれかのコピーを予診票に添付してください。 ・60歳以上65歳未満の対象者は、診断書等（身体障害者手帳のコピー可）を予診票に添付してください。
50	広川町					・非課税世帯及び生活保護世帯は次の①～④のいずれかを確認することで自己負担金免除。①高齢者用インフルエンザ予防接種無料対象者証明書、②介護保険負担限度額認定証（有効期限内のもの）、③後期高齢者医療限度額適用・標準負担額減額認定証（有効期限内のもの）、④診療依頼書（生活保護受給者）。（※請求の際は、①は予診票に原本、②③④はコピーを添付） ・60歳から65歳未満の対象者：障害が確認できるもの（身体障害者手帳の写し、診断書等）を予診票に添付。
51	朝倉市	3,414 生活保護受給者：4,914（自己負担なし）	1,500	1,339	平成28年10月1日～平成28年12月31日	①被接種者からは自己負担¥1,500を徴収するが、県広域接種の場合の市への請求書に記載する請求額は、全額の4,914円とする。（市から被接種者自己負担額1,500円を差し引いた3,414円が支払われる。）②生活保護受給者については、全額市負担（自己負担なし）。福祉事務所で発行する生活保護受給証明書にて確認し、予診票に添付して請求すること。③60歳以上65歳未満の対象者は、身体障害者手帳の写し、医師の診断書等を予診票に添付して請求すること。④請求書には、法人印と法人の代表者印を必ず押印し、代表者の肩書と氏名を記入すること。
52	筑前町	3,414 生保、非課税世帯：4,914（自己負担なし）	1,500	1,339	平成28年10月1日～平成28年12月31日	・請求書には、自己負担額（1,500円）を引いた金額（3,414円）を記載して請求。 ・生活保護世帯、町県民税非課税世帯に属する者は自己負担なし。 ・生活保護受給者は、福祉事務所で発行する生活保護受給証明書または診療依頼書の写しにて確認し、予診票に添付して請求。 ・町県民税非課税世帯に属する者は、町が発行する「高齢者インフルエンザ予防接種自己負担金免除対象者確認書」を予診票に添付して請求する。 ・60歳以上65歳未満の対象者は、身体障害者手帳の写し、医師の診断書等を予診票に添付して請求。
53	東峰村	3,414 生活保護受給者：4,914（自己負担なし）	1,500	1,339	平成28年10月1日～平成28年12月31日	・生活保護世帯については自己負担金免除します。その際、医療券等本人が持参する証明書等で確認いただき、請求の際、予診票に写しを添付下さい。
54	小郡市	3,360 生活保護受給者：4,860（自己負担なし）	1,500	3,046	平成28年10月1日～平成28年12月28日	・個人負担金免除者（市民税非課税世帯、生活保護受給者）は、以下の①～⑥のいずれかを予診票に添付。 ①平成28年度介護保険料納入通知書（1段階～3段階）②介護保険負担限度額認定証③後期高齢者医療限度額適用・標準負担額減額認定証（区分Ⅰ及びⅡ）④国民健康保険限度額適用・標準負担額減額認定証（区分Ⅰ、Ⅱ及びオ）⑤予防接種用非課税確認書⑥生活保護受給証明書 ①～④は写しを、⑤、⑥は原本を添付。②～⑤は有効期限内のものに限る。 小郡市発行の予防接種用非課税確認書または生活保護受給証明書を確認後に接種し、原本を予診票に添付して請求。 ・60歳以上65歳未満の対象者は、身体障害者手帳（内部疾患1級程度）の写し、医師の診断書などを予診票に添付して請求。
55	大刀洗町	3,360 生活保護受給者：4,860（自己負担なし）	1,500	3,046	平成28年10月1日～平成28年12月28日	・生活保護受給者、町県民税非課税世帯の65歳以上は自己負担金なし。生活保護受給者（65歳以上）は診療依頼書の写し・町県民税非課税世帯は町発行の非課税確認書を医療機関に提示して接種。予診票に添付のうえ、請求。 ・予防接種を希望する被接種者が自署できない場合は、本人の希望を十分に確認し代筆者が署名する。必ず代筆者氏名及び被接種者との続柄を記載。ただし、接種医は代筆不可。受付事務又は看護師であれば代筆可能。（続柄欄に受付又は看護師と記入すること）
56	大川市	3,348 生保・非課税世帯：4,968（自己負担なし）	1,620	1,339	平成28年10月3日～平成28年12月28日	・生活保護世帯、非課税世帯については、健康課及び福祉事務所が発出する証明書を持参することで、自己負担金なしとする。 ・60歳以上65歳未満の対象者は、障害が確認できるもの（身体障害者手帳の写し又は医師の診断書等）を予診票に添付して請求。
57	大木町					・自己負担免除者：次の①～⑤いずれかで確認し、①⑤は原本を②～④は写しを予診票に添付し請求。 ①インフルエンザ接種非課税確認書②後期高齢者医療限度額適用・標準負担額減額認定（有効期限内のもの）③介護保険負担限度額認定証（有効期限内のもの）④平成28年度介護保険料納入通知書兼特別徴収決定通知書（※保険料段階1～3段階に限る）⑤生活保護受給証明書 ・60歳以上65歳未満の対象者は、身体障害者手帳の写し、医師の診断書などを予診票に添付して請求。
58	柳川市	4,011 生保、非課税世帯：5,011（自己負担なし）	1,000	3,045	平成28年10月1日～平成28年12月31日	・「生活保護受給者証明書」「市民税非課税証明書（インフルエンザ減免用）」を提示された場合は、原本を、「介護保険負担限度額認定証」「後期高齢者医療限度額適用・標準負担額減額認定証」を提示された場合は写しを予診票に添付して請求。いずれも自己負担免除。 ・60歳以上65歳未満の対象者は、身体障害者手帳の写しまたは医師の診断書などを予診票に添付して請求。
59	みやま市					・以下のものを持参された場合は、自己負担免除。原本又はコピーを予診票に添付して請求。 ・生活保護受給証明書、住民税非課税証明書は原本を、介護保険負担限度額認定証、後期高齢者医療限度額適用・標準負担額減額認定証（※有効期限内のもの）は写しを添付。 ・本人の意思が確認できなければ任意接種。確認が困難な場合は、同居家族の同意（代筆）、または施設入居者は、常時対応している施設職員の同意で接種可能。（※接種者＝代筆者とならないよう注意）
60	うきは市	3,528 生活保護受給者：5,148（自己負担なし）	1,620	1,911	平成28年10月1日～平成28年12月31日	・生活保護受給者は自己負担免除。

平成 年 月 日

筑紫地区定期予防接種実績報告書兼請求書（広域分） （ 月分）

市町長 殿

所 在 地
医療機関名
※代表者名
電話番号

印

添付予診票のとおり、予防接種が完了いたしましたので、下記のとおり請求します。

記

ワクチン	単価	件数	請求額	ワクチン	単価	件数	請求額
四種混合	12,139			小児用肺炎球菌	13,284		
三種混合	6,696			ポリオ	10,260		
二種混合	6,469			水痘	10,368		
麻しん	7,643			B型肝炎	7,983		
風しん	7,648			不可問診	3,045		
M R	11,163						
日本脳炎 乾燥細胞ワクチン	7,410			定期 接 種	高齢者肺炎球菌	5,031	
BCG	8,748				高齢者肺炎球菌 自己負担金免除者	8,031	
高齢者インフルエンザ*	3,435				不可問診 (高齢者肺炎球菌)	3,045	
高齢者インフルエンザ* 自己負担金免除者	4,935			任 意 接 種	高齢者肺炎球菌	5,031	
子宮頸がん 予防	16,254				高齢者肺炎球菌 自己負担金免除者	8,031	
ヒブ	9,979				不可問診 (高齢者肺炎球菌)	3,045	
				合 計		円	

(振込先金融機関)									口座名義人	
銀行 支店									フリガナ	
預金種目	普通預金 当座預金 貯蓄預金	口座番号							氏 名	

※ 代表者名は、委任書（福岡県医師会へ提出）に記載した管理者名となります。

平成 2 8 年度高齢者インフルエンザ予防接種委託料請求書

平成 年 月 日

古賀市長 殿

医療機関住所
医療機関名
代表者名
印

金融機関	銀行 信用組合・信用金庫 農協		支店 本店
	普通・当座	口座番号	
	フリガナ 口座名		

次のとおり予防接種委託料を請求します。

(平成 年 月分)

予防接種の種類及び単価		予診票の枚数	請求金額
インフルエンザ（一般）	2, 7 9 4 円	枚	円
インフルエンザ （生活保護世帯に属する者）	4, 7 9 4 円		
不可予診	1, 0 8 0 円		
請求金額（計）		枚	円

※請求は、月締めで翌月 10 日までに請求する。