



福岡県医師会第249号(地)
平成30年 4月18日

各 医 師 会 長 殿

福岡県医師会
会長 松田 峻一良
(公印省略)

平成30年度福岡県定期予防接種広域接種について

平成30年度福岡県定期予防接種広域接種につきまして、医療機関マニュアル等を別紙のとおりお送りいたします。

つきましては、貴会管下の定期予防接種広域化実施協力医療機関への周知方
よろしくお願い申し上げます。

なお、

- 1) 平成30年1月より3種混合ワクチン(DPT)が販売再開されたことから、
広域接種一覧表に追加することといたします。実施する市町村については、
平成30年度各市町村予防接種広域接種実施一覧表を御確認ください。
- 2) 新規に広域接種を希望される医療機関については、貴会にて委任書をお取
り纏めいただき、本会宛てにご送付下さいますようお願いいたします。
- 3) 既に委任書を提出している医療機関で、届出内容に変更があった場合には、
必ず変更届をご提出下さいますようお願いいたします。
- 4) 現在、本会ホームページに掲載の定期予防接種広域化実施医療機関につい
て、修正等ございましたらご連絡くださいますようお願い申し上げます。
- 5) 本件につきましては、請求書等の様式および関連書類を本会ホームペー
ジに掲載いたします。
- 6) 高齢者インフルエンザの広域接種につきましては、各市町村の単価が決定
次第、改めてご連絡いたします。(9月頃予定)

【添付資料】

- ・ 福岡県定期予防接種広域化医療機関マニュアル
- ・ 委任書・実績報告書兼請求書・辞退届・変更届
- ・ 平成30年度各市町村予防接種広域接種実施一覧表
- ・ 平成30年度各市町村定期予防接種・高齢者用肺炎球菌ワクチン
広域接種料金一覧
- ・ 定期予防接種広域化接種料金請求先一覧
- ・ 各市町村予防接種担当課一覧
- ・ 粕屋地区、筑紫地区、福智町における高齢者肺炎球菌予防接種について

福岡県定期予防接種広域化 医療機関用マニュアル

平成30年4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－IPV（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身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) 高齢者用肺炎球菌

① 6 5 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、各市町村に連絡のうえ早急に提出する。

- 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。

平成26年度より、委任書様式にて福岡県医師会ホームページ上へ一般公開するワクチン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。

委任書

私は、公益社団法人福岡県医師会長を代理人と定め、定期予防接種広域化に係る契約について、その手続きに関する一切の権限を委任します。

平成 年 月 日

〒

医療機関所在地

フリガナ
医療機関名

フリガナ
管理者名

印

電話番号

【ホームページについて】

貴医療機関で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での一般公開を、

・希望する。

・希望しない。

「希望する」に○を付けた場合、下記の項目から公開を希望するワクチン欄に○をご記入ください。

DPT-IPV	DPT	DT	麻しん 1・2期	麻しん 3・4期	風しん 1・2期	風しん 3・4期
MR 1・2期	MR 3・4期	日本脳炎	BCG	高齢者 インフルエンザ*	ポリオ	子宮頸 がん予防
ヒブ	小児用 肺炎球菌	水痘	高齢者用 肺炎球菌	B型肝炎		

(※注 委任書をご提出いただいた時点で「医療機関名」はホームページに掲載されます。)

定期予防接種実績報告書兼請求書(広域分)
(月分)

市町村長 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				小児用肺炎球菌			
三種混合				ポリオ			
二種混合				水痘			
麻しん				高齢者用肺炎球菌			
風しん				高齢者用肺炎球菌 自己負担免除者			
M R				B型肝炎			
日本脳炎 乾燥細胞ワクチン				不可問診			
BCG							
高齢者インフルエンザ							
高齢者インフルエンザ 自己負担免除者							
子宮頸がん予防							
ヒブ							
				合 計			

※ 年齢等により単価が異なる場合は、空欄をご利用のうえ請求して下さい。

(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。

(様式第2号-2)
平成 年 月 日

定期予防接種実績報告書兼請求書(広域分)
(月分)

医師会長 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 市町村	四種混合	三種混合	二種混合	麻しん	風しん	M R	日本脳炎 乾燥細胞 ワクチン	BCG	高齢者 インフルエンザ	インフルエンザ 自己負担 免除者	子宮頸 がん予防	計
ワクチン 市町村	ヒブ	小児用 肺炎球菌	ポリオ	水痘	高齢者用 肺炎球菌	高齢者用 肺炎球菌 自己負担 免除者	B型肝炎	不可問診				計

(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。

(様式第2号-3)
平成 年 月 日

定期予防接種実績報告書兼請求書(広域分)
(月分)

市町村長 殿

所 在 地

医 師 会 名

会 長 名

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				小児用肺炎球菌			
三種混合				ポリオ			
二種混合				水痘			
麻しん				高齢者用肺炎球菌			
風しん				高齢者用肺炎球菌 自己負担免除者			
M R				B型肝炎			
日本脳炎 乾燥細胞ワクチン				不可問診			
BCG							
高齢者インフルエンザ							
高齢者インフルエンザ 自己負担免除者							
子宮頸がん予防							
ヒブ							
				合 計			

※ 年齢等により単価が異なる場合は、空欄をご利用のうえ請求して下さい。

(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	

平成30年度予防接種委託料請求書

平成 年 月 日

長 殿

医療機関住所

医療機関名

代表者名

印

金融機関	銀行		支店
	信用組合・信用金庫		
	農協		本店
普通・当座	口座番号		
フリ 口	ガ 座	ナ 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
四種混合	10,859円	枚	円
二種混合(11歳~12歳)	4,696円	枚	円
ポリオ	9,661円	枚	円
麻しん・風しん混合(MR)	11,160円	枚	円
麻しん単抗原ワクチン	7,639円	枚	円
風しん単抗原ワクチン	7,650円	枚	円
麻しん・MR(皮内テスト)不可予診	5,986円	枚	円
日本脳炎	6,907円	枚	円
B C G	7,571円	枚	円
ヒブ	8,246円	枚	円
小児用肺炎球菌	11,551円	枚	円
子宮頸がん	16,276円	枚	円
水痘	10,390円	枚	円
B型肝炎	6,749円	枚	円
不可予診	3,046円	枚	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。

平成 3 0 年度高齢者肺炎球菌予防接種委託料請求書

平成 年 月 日

長 殿

医 療 機 関 住 所
医 療 機 関 名
代 表 者 名

印

金 融 機 関	銀行		支店
	信用組合・信用金庫		
	農協		本店
普通 ・ 当座	口座番号		
フリ 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
高齢者肺炎球菌（一般）	3， 9 5 7 円	枚	円
高齢者肺炎球菌 （生活保護世帯に属する者・ 中国残留邦人等支援給付受給者）	7， 9 5 7 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。

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 印

電話番号

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				ワクチン			
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	12,160			定期接種	高齢者肺炎球菌	5,053	
三種混合	6,717				高齢者肺炎球菌 自己負担金免除者	8,053	
ポリオ	10,281			任意接種	高齢者肺炎球菌	5,053	
二種混合	6,490				高齢者肺炎球菌 自己負担金免除者	8,053	
M R	11,185			高齢者インフルエンザ			
麻しん	7,664			高齢者インフルエンザ 自己負担金免除者			
風しん	7,670			不可問診		3,045	
日本脳炎	7,432						
BCG	8,769						
ヒブ	10,000						
小児用肺炎球菌	13,305						
子宮頸がん予防	16,275						
水痘	10,389						
B型肝炎	7,983						
				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	口座番号						氏 名	
	当座預金								
	貯蓄預金								

※ 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。

(様式第3号)

辞 退 届

定期予防接種広域化に係わる契約について、下記理由により辞退いたします。

平成 年 月 日

住 所 _____

医療機関名 _____

管理者名 _____ 印

辞退理由 _____

平成 年 月 日

変 更 届

定期予防接種広域化に係わる契約について、下記のとおり変更いたします。

【変更前】

住 所 _____

医療機関名 _____

管理者名 _____

その他 _____

【変更後】

住 所 _____

医療機関名 _____

管理者名 _____

その他 _____

【広域接種実施項目の変更の有無】 ☐有 ☐無 (※いずれかに☑を入れてください。)【変更後の実施項目をホームページに掲載する】 ☐はい ☐いいえ※実施項目を変更される場合は、変更項目だけでなく、変更後の実施項目全てに
○をご記入下さい。

DPT-IPV	DPT	D T	麻しん 1・2期	麻しん 3・4期	風しん 1・2期	風しん 3・4期
M R 1・2期	M R 3・4期	日本脳炎	BCG	高齢者 インフル	ポリオ	子宮頸がん 予防
ヒブ	小児用 肺炎球菌	水痘	高齢者用 肺炎球菌	B型肝炎		

住 所 _____

医療機関名 _____

管理者名 _____

平成30年度 各市町村予防接種広域接種実施一覧

[illegible]

平成30年度 各市町村予防接種広域接種実施一覧

市町村名	DPT-IPV	DPT	DT	MR	麻しん	風しん	日本脳炎	BCG	インフルエンザ	ポリオ	子宮頸がん	ヒブ	小児用肺炎球菌	水痘	高齢者用肺炎球菌	B型肝炎
直方市	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○
小竹町	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○
鞍手町	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○
宮若市	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○
田川市	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○
香春町	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○
添田町	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○
福智町	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○
糸田町	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○
川崎町	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○
大任町	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○
赤村	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○
飯塚市	○	×	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○
桂川町	○	×	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○
嘉麻市	○	×	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○
久留米市	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○
八女市	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○
筑後市	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○
広川町	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○
朝倉市	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○
筑前町	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○
東峰村	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○
小郡市	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○
大刀洗町	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○
大川市	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○
大木町	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○
柳川市	○	×	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○
みやま市	○	×	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○
うきは市	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○

※MR、麻しん、風しんの第3期、第4期は、長期にわたり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定期の予防接種の機会を逸した者に限る。

平成30年度

	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 球菌苗	水痘	B型肝炎	予診のみ	特記事項
北九州市	10,287	11,529	5,923	4,995 (乳幼児5,805)	10,989	10,989	10,179	10,179	9,995	9,995	9,185	9,185	6,496	6,496	5,686	5,686	7,101	7,101	7,101	7,641	16,686	9,007	12,312	9,396	6,982	3,046	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の必要書類を添付する3紙請求。 A類は、長期療養が必要な疾病にかかったと判断によりやむを得ず本町の予防接種の機会を失った者に限る。
中間市 井屋町 水巻町 岡垣町 遠賀町	6歳未満 9,994	11,290	5,901	5,350	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	すべての接種を、6歳以上と6歳未満に分ける。
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	7,400	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、それが原因で接種を断じた場合は請求できない。 ②計画的な接種で予診のみで決まらずに中止した場合は請求できない。 ③同日、同施設、同一者に対する「予診のみ」の請求は一件です。
	6歳以上 9,000	10,130	4,740	0.1ml使用 4,510 1ml使用 5,010		9,550			6,130				6,150			6,620	6,620	6,620		16,070							
苅田町	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	ビームゲン (0.25ml) 6.210 ビームゲン (0.5ml)、ヘプタ バックス(0.5ml) 6.470	2,920	・接種翌月10日までに広域の請求書に予診票を添付して請求して下さい。 ※B型肝炎ワクチンにおいて年齢を2通り設定しています。
	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								
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、町へ請求する。
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	4,630	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	5,390	2,000	接種翌月10日までに予診票を送付して請求して下さい。
築上町	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4号）に予診票を添付して提出して下さい。 ※請求書の日付は記入しないでください。
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	・接種翌月10日までに予診票を添付して請求。 ※同時接種の不可問診（予診のみ）請求手数料は11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3ヵ月毎に最終月の翌月（7・10・1・4月）10日までに請求。 ・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）。 ※同日における同時接種の不可問診（予診のみ）は1件の請求とする ※報告書兼請求書におけるシヤチハタ印は不可 ※報告書兼請求書における1月～3月末実施分の請求は【3月31日】とする（こと休診日の場合は、前営業日まで可）		
春日市	大野城市	10,281	12,160	6,717	6,490	11,185	11,185		7,664	7,664			7,670	7,670			7,432	7,432	7,432	8,769	16,275	10,000	13,305	10,389	7,983	3,046	同日、同一施設、同一者に対する「予診のみ」の請求は一件ですとする A類とB類については、請求書を分けて請求。 請求書 A類・・・福祉支援部子育て支援課 B類・・・健康推進部健康スポーツ課 予診票（ワクチンシール貼付）と請求書を翌月10日までに送付請求書 子どもの分は「子ども健康課」 高齢者の分は「すこやか高齢課」
筑紫野市																											同日、同一施設、同一者に対する「予診のみ」の請求は一件ですとする A類とB類については、請求書を分けて請求。 請求書 A類・・・子育て支援課 B類・・・健康推進課
太宰府市																											同日、同一施設、同一者に対する「予診のみ」の請求は一件ですとする
那珂川町																											同日、同一施設、同一者に対する「予診のみ」の請求は一件ですとする
糸島市																											同日、同一施設、同一者に対する「予診のみ」の請求は一件ですとする
宇美町	9,661	10,859		4,696	11,160	11,160			7,639	7,639			7,650	7,650			6,907	6,907	6,907	7,571	16,276	8,246	11,551	10,390	6,749	3,046	6歳未満 4,241 6歳以上 3,350
篠栗町																											市へ直接請求。請求は、毎月締め の翌月まで。
志免町																											麻しん・MR（皮内テスト）不可予診 5,988円 請求は粕屋地区の請求様式。
須恵町																											麻しん・MR（皮内テスト）不可予診 5,988円 請求は粕屋地区の請求様式。
新宮町																											麻しん・MR（皮内テスト）不可予診 5,988円 請求は粕屋地区用をご利用いた だま。A類とB類は分けて請求。
古賀市																											麻しん・MR（皮内テスト）不可予診 5,988円 粕屋地区の請求様式も可
久山町																											麻しん・MR（皮内テスト）不可予診 5,988円 粕屋地区の請求様式も可
粕屋町																											麻しん・MR（皮内テスト）不可予診 5,988円 請求は粕屋地区用をご利用いた だま。A類とB類は分けて請求。 麻しん・MR（皮内テスト）不可予診 5,988円 同時接種の不可予診は1件とする

平成30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																											
宗像市		10,260	11,394	5,897	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間診が発生した場合、使用した予防薬は必ず添付し、請求件数は1件とする。請求先 A類一子とも家庭課 B類一健康課																											
福津市																												同時接種時の不可間診の場合、使用した予防薬は必ず添付し、請求件数は1件とする。実施月でまとめた分を、翌月10日までに予防薬を添付のうえ請求。																											
直方市	6歳未満	9,656	10,898	5,401	5,174	10,304	10,304			6,794	6,794			6,794	6,794			7,280	6,530 予防のみ 720	7,280	7,010 予防のみ 1,470	15,980 予防のみ 720	8,242 予防のみ 1,470	11,546 予防のみ 1,470	8,630 予防のみ 1,470	6歳未満 6,049 6歳以上10歳未満 5,299 10歳以上5,590	1,470	こども育成課にて送付下さい。																											
	6歳以上	8,906	10,148	4,651	4,424	—	9,554			—	6,044			—	6,044			6,530											720																										
小竹町	6歳未満	9,656	10,898	5,401	5,174	10,304 予防のみ 1,470	10,304 予防のみ 1,470			6,794 予防のみ 1,470	6,794 予防のみ 1,470			6,794 予防のみ 1,470	6,794 予防のみ 1,470			7,280	6,530 予防のみ 720	6,530 予防のみ 720	7,010 予防のみ 1,470	15,980 予防のみ 720	8,242 予防のみ 1,470	11,546 予防のみ 1,470	8,630 予防のみ 1,470	6歳未満 6,049 6歳以上10歳未満 5,299 10歳以上5,590	1,470	翌月10日までに請求。																											
	6歳以上	8,906	10,148	4,651	4,424		9554 予防のみ 720			6,044 予防のみ 720	6,044 予防のみ 720			6,044 予防のみ 720	6,530			720																																					
鞍手町	6歳未満	9,656	10,898	5,401	5,174	10,304	10,304			6,794	6,794			6,794	6,794			7,280	7,280	7,280	7,010	15,980	8,242	11,546	8,630	6歳未満 6,049 6歳以上10歳未満 5,299 10歳以上5,590	1,470	月末締めで10日までに町へ請求。																											
	6歳以上	8,906	10,148	4,651	4,424		9,554			6,044	6,044			6,044	6,044			6,530											720																										
宮若市	6歳未満	9,656	10,898	5,401	5,174	10,304	10,304			6,794	6,794			6,794	6,794			7,280	7,280	7,280	7,010	15,980	8,242	11,546	8,630	6歳未満 6,049 6歳以上10歳未満 5,299 10歳以上5,590	1,470	予防接種料金は、一部年齢によって決定します（6歳未満、6歳以上10歳未満、10歳以上）																											
	6歳以上	8,906	10,148	4,651	4,424	9,554	9,554			6,044	6,044			6,044	6,044			6,530											720																										
田川市		8,800	9,800	5,600	4,600	9,300	9,300			6,100	6,100			6,100	6,100			6,700	6,700	6,700	6,600	16,100	8,900	11,300	7,800	5,900	1,200	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																												同時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防薬を添付し請求																											
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類を分けて請求																											
赤村																												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類疾病の署名の代筆は、接種医療機関の従事者は不可。																											
飯塚市	6歳未満	8,905 予防のみ 1,750	10,201 予防のみ 1,750		予診のみ 4,828 1,339 ・7歳6ヶ月未満 5,168 予診のみ 1,750	10,606 予防のみ 1,750	10,606 予防のみ 1,750	※9,796 予防のみ 1,339	※9,796 予防のみ 1,339	7,096 予防のみ 1,750	7,096 予防のみ 1,750	※6,286 予防のみ 1,339	※6,286 予防のみ 1,339	7,106 予防のみ 1,750	7,106 予防のみ 1,750	※6,296 予防のみ 1,339	※6,296 予防のみ 1,339	6,880 予防のみ 1,750	6,772 予防のみ 1,339	6,772 予防のみ 1,339	7,312 予防のみ 1,750	15,652 予防のみ 1,339	7,652 予防のみ 1,750	10,957 予防のみ 1,750	8,932 予防のみ 1,750	0.5ml （ビームゲン・ フタボックス） 5,873	各ワクチン毎 に設定	・問診票には明確な医師のサインが必要 ・A類・B類別請求でお願います。 （送付先は同一） ・B型肝炎ワクチンは、使用したバイアルの枚数によって接種料金が異なります。0.5ml入りフタボックスまたはビームゲンを使用した場合は請求額は0.5ml、0.25ml入りビームゲンを使用した場合は0.25ml以内。 ※MR、麻しん、風しんの第3・4期は長期にわたり療養を必要とする疾患にかかったこと等により4回を獲得するまでの予防接種の機会を逃した者に限る。																											
桂川町	6歳以上																																																						
嘉麻市	6,772 予防のみ 1,339																																																						
久留米市		11,415	12,549	7,149	4,719	12,009	12,009			8,510	8,510			8,510	8,510			生後90月未満 7,869	6,825	生後90月以上 6,256	8,737	16,275	10,000	13,305	10,389	7,683	6歳未満 3,045 6歳以上 1,339	4～8月分を7月10日、7～9月分を10月10日、10～12月分を1月10日、1～3月分を4月10日までに請求。 請求者が法人の場合は、請求書に法人登記印を押印すること。																											
大牟田市																													別紙①を参照																										

別紙①を参照

平成30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
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 13～20歳未満 6,771	6月～12歳 7,581 13～20歳未満 6,771	6月～12歳 7,581 13～20歳未満 6,771	7,311	16,221	8,542	11,847	8,931	6,225	3,045	・翌月の10日までには予診票を添付し、市健康推進室に提出する。 ・A類とB類は分けて請求する。B類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。 ・医療法人については、法人印と代表者印を押印の上、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 13～20歳未満 6,771	6月～12歳 7,581 13～20歳未満 6,771	6月～12歳 7,581 13～20歳未満 6,771	7,311	16,221	8,542	11,847	8,931	6,225	3,045	同時接種についての、予診のみの請求は特定とする。 ・翌月10日（祝祭日を含む）曜日・日曜日・休休日にあたる場合はその翌日までに請求。 ・医療法人の場合は、請求書に「法人印」および「代表者印」の2種類を押印。
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 13～20歳未満 6,771	6月～12歳 7,581 13～20歳未満 6,771	6月～12歳 7,581 13～20歳未満 6,771	7,311	16,221	8,542	11,847	8,931	6,225	3,045	A類とB類に請求書を分けること。
朝倉市 筑前町 東峰村	8,958 予診のみ 1,749	10,254 予診のみ 1,749	4,865 予診のみ 1,749	4,881 予診のみ 1,339	11,955 予診のみ 2,332	11,955 予診のみ 2,332	/	/	8,445 予診のみ 2,332	8,445 予診のみ 2,332	/	/	8,456 予診のみ 2,332	8,456 予診のみ 2,332	/	/	6,932 予診のみ 1,749	6,825 予診のみ 1,339	6,825 予診のみ 1,339	8,661 予診のみ 2,332	15,706 予診のみ 1,339	7,543 予診のみ 1,749	11,010 予診のみ 1,749	9,228 予診のみ 2,332	5,848 予診のみ 1,749	各ワクチン毎 に設定	・接種報告書兼請求書に予診票を添付のうえ、予防接種を実施した月の翌月10日まで請求。 ・予診票の代金は本人の意思を確認し、予防接種を実施する医師以外からの記入となる。 ・長期療養を必要とする疾病にかかった者等の長期療養に関する特例規定は、必ず代表者名を記載し、交付書または希望書に同様の金額が適用される。 ・医療法人の場合は、請求書に法人印・法人代表者印を押印し、代表者の肩書きを代表者名の前に併記すること（厳禁）。
小郡市	9,612	10,908	5,519	4,828	12,010	10,206	/	/	8,349	6,545	/	/	8,424	6,620	/	/	7,344	6,772	6,199	8,716	16,222	8,197	11,664	10,335	6,577	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）に予診票を添付して請求。
大刀洗町	9,612	10,908	5,519	4,828	12,010	10,206	/	/	8,349	6,545	/	/	8,424	6,620	/	/	7,344	6,772	6,199	8,716	16,222	8,197	11,664	10,335	6,577	3,046	予防接種を希望する接種者が自署でない場合は、本人の希望を十分に確認し代表者が署名する。この場合、必ず代表者名を記載し、接種者との続柄を記載する。注意：接種者は代署できない。交付書または希望書は可能（継続的に受付又は希望書と記入すること）。
大川市	9,957	11,091	5,637	4,665 予診のみ 1,339	10,821 予診のみ 3,045	10,821	/	/	7,095 予診のみ 3,045	7,095	/	/	7,106 予診のみ 3,045	7,106	/	/	1期初回・追加 7,581 予診のみ 1,339	6,771 予診のみ 1,339	1期初回・追加 7,581 予診のみ 1,339	7,527 予診のみ 3,045	16,221 予診のみ 1,339	8,542 予診のみ 3,045	11,847 予診のみ 3,045	8,931 予診のみ 3,045	6,177 予診のみ 3,045	6歳未満 3,045 6歳以上 1,339	大川三溪医師会管内の町内医療機関は大川三溪医師会経由で請求。 ・同医師会管内の町外医療機関は直接行政へ請求。 ・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医療機関から直接行政へ請求。 ・医療法人の場合は、請求書に「法人印」および「代表者印」の2種類を押印。
大木町	9,957	11,091	5,637	3～90月未満 5,475	10,821	10,821	/	/	7,095	7,095	/	/	7,106	7,106	/	/	1期初回・追加 7,581	6,771	90月以上 6,771	7,527	16,221 予診のみ 1,339	8,542 予診のみ 6歳未満 3,045	11,847 予診のみ 6歳未満 3,045	8,931 予診のみ 6歳未満 3,045	6,177 予診のみ 6歳未満 3,045	6歳未満 3,045 6歳以上 1,339	大川三溪医師会管内の町内医療機関は大川三溪医師会経由で請求。 ・同医師会管内の町外医療機関は直接行政へ請求。 ・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医療機関から直接行政へ請求。 ・同日・同一施設・同一者に対する予診票のみの請求は1件までとする。
柳川市	乳幼児 10,546 予診のみ 3,855 小学生 10,141 予診のみ 3,045	乳幼児 11,032 予診のみ 3,175 小学生 10,627 予診のみ 3,175	/	4,590 予診のみ 1,765	11,977 予診のみ 3,855	11,977 予診のみ 3,855	11,167 予診のみ 3,045	11,167 予診のみ 3,045	8,478 予診のみ 3,855	8,478 予診のみ 3,855	7,668 予診のみ 3,045	7,668 予診のみ 3,045	8,478 予診のみ 3,855	8,478 予診のみ 3,855	7,668 予診のみ 3,045	7,668 予診のみ 3,045	乳幼児 6,647 予診のみ 2,276 小学生 6,242 予診のみ 1,765	6,242 予診のみ 1,765	乳幼児 6,647 予診のみ 2,276 小学生以上 6,242 予診のみ 1,765	8,737 予診のみ 3,855	16,567 予診のみ 3,175	8,483 予診のみ 3,175	11,788 予診のみ 3,175	8,926 予診のみ 3,045	6,118 予診のみ 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件分だけを請求。
みやま市	乳幼児 10,546 予診のみ 3,855 小学生 10,141 予診のみ 3,045	乳幼児 11,032 予診のみ 3,175 小学生 10,627 予診のみ 3,175	/	4,590 予診のみ 1,765	11,977 予診のみ 3,855	11,977 予診のみ 3,855	/	/	8,478 予診のみ 3,855	8,478 予診のみ 3,855	/	/	8,478 予診のみ 3,855	8,478 予診のみ 3,855	/	/	乳幼児 6,647 予診のみ 2,276 小学生 6,242 予診のみ 1,765	6,242 予診のみ 1,765	乳幼児 6,647 予診のみ 2,276 小学生 6,242 予診のみ 1,765	8,737 予診のみ 3,855	16,567 予診のみ 3,175	8,483 予診のみ 3,175	11,788 予診のみ 3,175	8,926 予診のみ 3,045	6,118 予診のみ 3,175	各ワクチン毎 に設定	同日・同一施設・同一者に対する予診のみの請求は1件までとする。 ・予診接種を実施した月の翌月10日までにみやま市へ直接請求。
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、髄しん、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定期の予防接種の機会を逸した者へ適用。

(大牟田市)

別紙①

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 10,073	円 3,570
二種混合	11歳以上13歳未満		4,638	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		8,831	3,570
麻しん	生後12月～24月に至るまでの間にある幼児		9,194	3,570
	小学校入学前の1年間 (5歳～7歳未満の幼児)		9,194	3,570
風しん	生後12月～24月に至るまでの間にある幼児		9,194	3,570
	小学校入学前の1年間 (5歳～7歳未満の幼児)		9,194	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		12,747	3,570
	小学校入学前の1年間 (5歳～7歳未満の幼児)		12,747	3,570
日本脳炎	生後6月～就学前の乳幼児		6,649	3,570
	9歳未満の小学生		6,019	2,820
	9歳～12歳の小・中学生		6,549	2,820
	13歳以上 (平成19年4月1日までに生まれた20歳未満の者に限る)		6,549	2,820
BCG	生後1歳に至るまでの間にある乳児		7,010	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		15,980	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		8,241	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		11,696	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		8,630	3,570
B型肝炎	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(実施要領に基づく)		3,344	2,820
	一部負担金免除者(実施要領に基づく)		4,344	2,820
	備考	自己負担額(生活保護世帯 無料)	1,000	
高齢者肺炎球菌	一部負担金徴収者(実施要領に基づく)		4,814	2,820
	一部負担金免除者(実施要領に基づく)		7,814	2,820
	備考	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30年度成人用肺炎球菌予防接種対象者』(桃色)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30年度高齢者用肺炎球菌ワクチン広域接種料金一覧

市町村名	接種料金（A+B）：市町村委託料		予診のみ （不可問診）	特記事項
	市町村負担金（A）	自己負担金（B）		
北九州市	一般:4,091 施設:1,823 生保・非課税世帯（自己負担なし） 一般:8,391 施設:6,123	4,300	3,045 （施設実施分は0）	・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」を確認し、コピーを予診票に添付。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 ・60歳から65歳未満の者で、心臓、じん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。
中間市	生保・非課税世帯（自己負担なし） 外来:8,576 入院、入所:6,308	2,500	3,103 （入院、入所は0）	・生活保護受給者及び非課税世帯の者は、次のいずれかにより自己負担金を減免。①医療機関において、「生活保護証明書類」、「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」、「介護保険特定負担限度額認定証」、「当該年度介護保険料額決定通知書（介護保険料納入通知書）（所得段階 1・2・3）」、「中国残留邦人等の円滑な帰国の促進並びに永住帰国した中国残留邦人等及び特定配偶者の自立の支援に関する法律」に基づく本人確認証のいずれかを提示する。（予診票に確認書類の記載をお願いします）②事前に市町から「無料」と明記した予診票の交付を受け、提示する。 ・予診のみの者:施設実施分については「予診のみ（不可問診）」の支払いは認めません。 ・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（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。 ・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。 ・60歳以上65歳未満で心臓、腎臓若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、医師意見書の添付。
芦屋町				
岡垣町				
遠賀町				
水巻町				
行橋市	6,050 生保:7,850（自己負担なし）	1,800	0	・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、生活保護受給証明書提出にて自己負担金免除（請求時、保護受給証明書添付）。
苅田町	6,220 生保:8,020（自己負担なし）	1,800	0	60歳以上65歳未満で心臓・腎臓又は呼吸器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を添付。生活保護受給中の方は、『診療依頼書』を確認の上自己負担免除（請求時、診療依頼書のコピーを添付） 高齢者肺炎球菌、対象者の方で生活保護受給者の方は診療依頼書を確認し、予診票にケースNOを記載
みやこ町	6,050 生保:7,850（自己負担なし）	1,800	0	・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。
豊前市	5,740 生保:7,740（自己負担なし）	2,000	0	・生活保護受給者は、7740円を接種料金とします。 ・生活保護世帯者分の請求は、必ず生活保護受給証明書を予診票に添付して請求。
上毛町	7,740	0	1,000	・自己負担なし。 ・原則、町が対象者に送付した「接種対象者証明書」「予診票」を医療機関に持参して接種。
築上町	5,740 生保:7,740（自己負担なし）	2,000	1,000	・生活保護世帯については、「診療依頼書」の提示にて、自己負担なし。ケース番号を予診票に記入してください。
吉富町	7,740	0	1,000	・自己負担なし ・対象者には、平成30年4月に予診票を送付。平成21年10月～平成27年3月末まで、町で助成事業を実施していたので、接種歴が不明の場合はお問い合わせください。

平成30年度高齢者用肺炎球菌ワクチン広域接種料金一覧

市町村名	接種料金（A+B）：市町村委託料		予診のみ （不可問診）	特記事項
	市町村負担金（A）	自己負担金（B）		
福岡市	接種地の料金 （※自己負担なしの料金）	4,200	接種地の料金	・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4,200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。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。 ・請求は、報告書兼請求書に予診票を添付して、3ヶ月毎に最終月の翌月（7・10・1・4月）10日までに直接福岡市へ。 ※報告書兼請求書におけるシャチハタ印は不可 ※報告書兼請求書における1月～3月実施分の請求は【3月31日】とすること（休診日の場合は、前営業日で可）
大野城市	5,053 ※自己負担金免除者8,053（自己負担なし）	3,000	3,045	・定期接種の対象者に加え65歳以上の者を「任意接種」の対象者として、接種可能とします。ただし、対象者かどうかの判定は市及び町があらかじめ行い、「接種決定通知（裏面は予診票）」を持参した方のみが対象となります。また、自己負担金は前記の「接種決定通知書」に金額を表示します。 ・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）。また、請求時は「定期接種」「任意接種」を決定書に表示しますので、件数を分け、筑紫地区専用の請求書にてご請求ください（福岡県医師会ホームページに掲載）。 ・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。
春日市				
太宰府市				
筑紫野市				
那珂川町				
糸島市	5,466 ※自己負担金無料者8,466（自己負担なし）	3,000	3,350	・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無料通知書を提示の場合のみ、自己負担が無料。 ・自己負担金無料者分の請求は、事前申請により発行の「平成29年度高齢者肺炎球菌予防接種自己負担金無料通知書」を予診票に添付して請求すること。
古賀市	3,957 生保：7,957（自己負担なし）	4,000	1,080	※「高齢者肺炎球菌予防接種における粕屋地区の対応」をご覧ください（福岡県医師会ホームページに掲載）。 ・粕屋地区専用の請求書にてご請求ください（福岡県医師会ホームページに掲載）。 ・自己負担免除者は診療依頼書等確認書類を添付。
宇美町				
粕屋町				
篠栗町				
志免町				
新宮町				
須恵町				
久山町				

平成30年度高齢者用肺炎球菌ワクチン広域接種料金一覧

市町村名	接種料金（A+B）：市町村委託料		予診のみ （不可問診）	特記事項
	市町村負担金（A）	自己負担金（B）		
宗像市	3,000 生保・非課税世帯：8,680（自己負担なし）	5,680	3,135	・①住民税非課税世帯又は②生活保護受給世帯は、全額公費負担。但し、接種前に医療機関へ必要書類（①は「宗像市高齢者の肺炎球菌予防接種費用徴収免除対象者証明書」、「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」のいずれか、②は「診療依頼書」又は「保護受給証明書」）を提示。請求時は予診票に必要書類の原本又は写し（「宗像市高齢者の肺炎球菌予防接種費用徴収免除対象者証明書」は原本）を添付し請求。 ・接種前に必ず宗像市健康課（0940-36-1187）へ対象者の接種履歴を照会すること。 ・60～65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上、請求。
福津市				・接種前に必ず電話で担当課に接種歴の確認をお願いします。 ・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」が「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・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、又は市が発行する高齢者肺炎球菌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以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（表紙と障害名が分かるページ）、又は医師の診断書を添付の上請求を行うこと。
直方市	5,636 生保：8,136（自己負担なし）	2,500	720	・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。 ・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。
宮若市				
小竹町				
鞍手町				
田川市	5,000 生保：8,000（自己負担なし）	3,000	1,790	・生活保護世帯は自己負担免除。
糸田町				・生活保護受給者は自己負担免除。 ・生活保護受給者は自己負担免除、診療依頼書（世帯名簿・確認票）の写し添付の上請求。 ・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（障害程度が分かる部分）を添付の上請求。二回目の接種は全額自己負担（生活保護受給者も含む）
大任町				・医療機関での被接種者自署及び代筆者の記入者は、その医療機関の従事者は不可。
川崎町				・生活保護受給者は、診療依頼書（世帯員名簿・確認票）の写し添付の上請求。 ・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。
香春町				・65歳以上の生活保護者は自己負担免除。 ・請求時に診療依頼書の写しを添付すること。
添田町				・生活保護受給者は自己負担免除。
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（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。 ・高齢者用肺炎球菌対象者（福智町高齢者用肺炎球菌ワクチン任意助成事業接種者除く）には、接種券（青色）を交付。裏面の予診票を請求書に添付。 ・高齢者用肺炎ワクチンの「予診のみ」を請求する場合は、予診票の両面写しで可。接種券の再交付手続きに原本が必要であるため、本人に渡して下さい。
赤村				・署名の代筆は、接種医療機関の従事者は不可

平成30年度高齢者用肺炎球菌ワクチン広域接種料金一覧

市町村名	接種料金（A+B）：市町村委託料		予診のみ （不可問診）	特記事項
	市町村負担金（A）	自己負担金（B）		
飯塚市	5,595 生保、市民税非課税世帯：7,995（自己負担なし）	2,400	1,339	・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。 ・4月に対象者（60～65歳未満を除く）には、「予防接種券」を郵送します。接種時には、予防接種券が必要になります。請求時予診票に添付してください。60～65歳未満の対象者の方又は、予防接種券を紛失した方は、飯塚市保健センターに問い合わせ下さい。
嘉麻市				・代筆については、本人の意思が確認でき、肉体的事情等で自署できない場合、成年後見人の場合 ・生活保護世帯は医療カードのNO.を記載 ・市民税非課税世帯は非課税世帯証明書を添付（添付なしは免除不可）
桂川町				・代筆については、本人の意思が確認でき、肉体的事情等で自署できない場合、成年後見人の場合 ・生活保護世帯・町民税非課税世帯は自己負担額を免除 ※生活保護者は診療依頼書ケース番号記載、町民税非課税世帯は非課税証明書の添付が必要。
久留米市	3,733 生保、市民税非課税世帯：8,053（自己負担なし）	4,320	1,339	・自己負担額免除者：次の①～⑤いずれかを添付。①無料予防接種確認書、②平成30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（有効期限内のもの）の写し、④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、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を予診票に添付。 ・被接種者が自署できない場合は、代筆者（接種医師は代筆不可）が被接種者氏名を署名の上、代筆者氏名及び被接種者との続柄を記入。
大牟田市	4,814 生保、市民税非課税世帯：7,814（自己負担なし）	3,000	2,820	＜添付資料＞ <u>平成30年度成人用肺炎球菌予防接種対象者（桃色紙）は必ず添付してください。</u> ※接種区分によって追加添付が必要なもの 自己負担金免除者（無料）で「免除決定通知書」で確認した場合 ・免除決定通知書 自己負担金免除者（無料）で「生活保護証明書」で確認した場合 ・生活保護証明書 満60歳以上65歳未満の者（心臓・腎臓も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に障害を有する者） ・身体障害者手帳の写し
八女市	4,427 生保、非課税世帯：7,927（自己負担なし）	3,500	0	・市県民税非課税世帯の者及び生活保護世帯の者は、次の①～④いずれかを確認することで自己負担金免除となる。①高齢者予防接種費用免除証明書、②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）③介護保険限度額認定証（有効期限内のもの）④生活保護受給証明書（※請求の際は、①④は予診票に原本を添付。②③はコピーを添付する。） ・満60歳以上65歳未満の者は、該当する障害が確認できるもの（身体障害者手帳の写し（該当する障害の種類及び1級が確認できるもの）や診断書等）を予診票に添付する。 ・医療法人については、法人印と代表者印を押印の上、請求する。
筑後市				・自己負担金免除者は、次の①～③いずれかで確認してください。①高齢者予防接種費用免除対象者証明書（事前申請により筑後市健康づくり課で発行）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 ①で確認した場合は本証明書を、②③で確認した場合は認定証の写しを予診票に添付してください。 ・対象者へ接種券を兼ねたハガキを個別送付します。ハガキを持参した者のみ接種可能。請求の際、ハガキを予診票に添付してください。 ・60～64歳の対象者については、対象となる障害が分かる書類（障害者手帳の写し等）を予診票に添付してください。 ・同時接種についての、予診のみの請求は、1件までとします。
広川町				

平成30年度高齢者用肺炎球菌ワクチン広域接種料金一覧

市町村名	接種料金（A+B）：市町村委託料		予診のみ (不可問診)	特記事項
	市町村負担金（A）	自己負担金（B）		
朝倉市	生活保護受給者: 8,143(自己負担なし) 5,143	3,000	1,339	・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」等を予診票に添付すること。 ・生活保護受給者は「生活保護受給証明書」の提示により自己負担免除(全額市負担)。請求の際に「生活保護受給証明書」を予診票に添付すること。 ・法人の場合は、請求書に法人印・法人代表者印を必ず押印すること。併せて、代表者名の前に肩書きを併記すること。請求金額は接種料金である8,143円と記載。(自己負担額を差し引き、支払いをする。)
筑前町				・生活保護受給者については自己負担免除。「生活保護受給証明書」にて確認し、予診表に添付して請求すること。 ・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」等を予診票に添付して請求すること。 ・予診票の代筆は、本人の意思を確認し、予防接種を実施する医師以外の者が記入すること。 ・接種料金全額から自己負担金額を差し引いた金額を単価欄に記入。
東峰村				・自己負担金免除については、生活保護費受給世帯のみとする。生活保護費受給世帯の確認については、医療券の写しを請求時に添付すること。
小郡市	生保・非課税世帯: 8,066(自己負担なし) 5,066	3,000	3,046	・高齢者用肺炎球菌の予診票に代筆する際は、接種者氏名、代筆者氏名と続柄を記載。接種を実施する医師の代筆は認められません。 ・個人負担金免除者: 市民税非課税世帯者、生活保護受給者は、以下の①～⑤のいずれかを予診票裏に添付。 ①平成30年度介護保険料納入通知書(1～3段階)の写し※ただし、4～7月は平成29年度分 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予防接種用非課税確認書 ⑤生活保護受給証明書 ※①～③は写しを、④・⑤は原本を添付。②～④は有効期限内のものに限る。 60～65歳未満の対象者: 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請求。
大刀洗町				・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。生活保護受給者は「診療依頼書の写し」、町県民税非課税世帯は、「後期高齢者医療限度額適用・標準負担額減額認定書(適用区分Ⅰ・Ⅱ)の写し」、「介護保険負担限度額認定書の写し」、町発行の「非課税確認書」のいずれかを医療機関に提示して接種。予診票に添付のうえ、町に請求。
大川市	生保、非課税世帯: 8,391(自己負担なし) 5,151	3,240	1,339	・生活保護世帯、非課税世帯、中国残留邦人等支援給付受給世帯に属する者の自己負担額は無料。次の①から⑥の確認書類を被接種者が医療機関へ提示し、医療機関は予診票に添付のうえ請求する。①非課税世帯確認書(原本)、②後期高齢者医療「限度額適用・標準負担額減額認定証」(写し)、③介護保険負担限度額認定証(写し)、④介護保険料納入通知書兼特別徴収決定通知書(所得段階1～3段階に限る)(写し)、⑤生活保護受給証明書(原本)、⑥支援給付証明書(原本)。①②③は接種日時時点で有効期限内のもの。④は接種年度のものに限る。⑤⑥は大川市福祉事務所で無料発行。 ・60歳以上65歳未満の対象者は、身体障害者手帳(1級)の写し又はそれに準ずることを証明する医師の診断書を予診票に添付して請求。
大木町				・生活保護世帯、町県民税非課税世帯の者は自己負担金全額免除。その場合、次の①～⑤の確認書類を被接種者が医療機関へ提示し、医療機関は予診票に添付のうえ、請求する。①非課税確認書(原本)②後期高齢者医療限度額適用・標準負担額減額認定証(写し)③介護保険負担限度額認定証(写し)④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生活保護証明書または診療依頼書(原本)①②③は接種日時時点で有効期限内のもの。④は接種年度のものに限る。 ・60歳以上65歳未満の対象者は、身体障害者手帳(1級)の写し、または、それに準ずることを証明する医師の診断書等を予診票に添付して請求
柳川市	生保、非課税世帯: 8,128(自己負担なし) 5,128	3,000	3,045	・4月に対象者に予診票を個人通知する。 ・予診票の再発行は【柳川庁舎健康づくり課健康係】で行うので、接種希望者の身分証明書(運転免許証や健康保険証等)を持参すること。
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。 ・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。
うきは市	生活保護受給者: 8,036(自己負担なし) 4,036	4,000	1,911	生活保護受給者は自己負担免除

定期予防接種広域化接種料金請求先一覧

北九州ブロック

医師会名	被接種者の居住地	請求方法	備考
北九州市	北九州市	①北九州市内の医療機関が実施した広域化の接種については、北九州市医師会経由で各市町村へ請求。 ②北九州市以外の医療機関が北九州市住民へ接種を行った場合は、原則として当該医療機関の属する医師会もしくは医療機関から直接北九州市へ請求。	請求は、毎月締めの翌月10日まで。 代筆の場合は、代筆者が成年後見人等被接種者の意思を決定できる場合は代筆者名を、できない場合は被接種者名、代筆者の氏名及び被接種者との続柄を記載すること。 減免対象者については、減免確認書類の写しを添付すること。
遠賀中間	中間市	報告書兼請求書を遠賀中間医師会に提出（遠賀中間医師会を通じて請求） 高齢者肺炎球菌予防接種については、接種後、接種案内通知を回収して請求時に添付すること	請求は、毎月締めの翌月10日まで 予診のみの者について、施設実施分については「予診のみ（不可問診）」の支払いは認めません。 ※接種医療機関へは、1件につき事務手数料100円を差引いた金額を支払う。（不可問診を除く）
	芦屋町		
	水巻町		
	岡垣町		
	遠賀町		
京都	行橋市	請求書に予診票を添付し、 ・A類予防接種→子ども支援課子育て支援係(0930-25-1111 内線1183/1184) ・高齢者用肺炎球菌→地域福祉課健康づくり推進係(0930-25-1111 内線1216)	請求は、実施した月の翌月10日までに予診票を添付して行う
	苅田町	直接請求。	
	みやこ町	直接請求。	
豊前築上	豊前市	各市町に直接請求。	請求は、実施した月の翌月10日までに予診票を添付して行う 請求書の日付は記入しないでください
	築上町		
	吉富町		
	上毛町		

※年度末の請求(3月まで)につきましては、必ず期日までにご提出ください。

定期予防接種広域化接種料金請求先一覧

福岡ブロック

医師会名	被接種者の居住地	請求方法	備考
福岡市	福岡市	市へ直接請求	①子どもの予防接種:3ヶ月毎に最終月の翌月(7・10・1・4月)10日までに請求。※同日における同時接種の不可問診(予診のみ)は1件の請求とする。 ②高齢者インフルエンザ予防接種:接種期間(10月～翌年1月)終了後、2月10日までに請求。※自己負担免除者は証明書を添付。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 ③高齢者肺炎球菌予防接種:3ヶ月毎に最終月の翌月(7・10・1・4月)10日までに請求。※自己負担免除者は証明書を添付。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 ※①～③は、それぞれ報告書兼請求書を作成すること ※①～③いずれも報告書兼請求書におけるシャチハタ印は不可。 ※報告書兼請求書における1月～3月実施分の請求日は【3月31日】とすること(休診日の場合は、前営業日で可)
筑紫	春日市	各市町へ直接請求	請求は、毎月締めの翌月10日まで A類とB類については請求書を分けて請求する A類:春日市福祉支援部子育て支援課 B類:春日市健康推進部健康スポーツ課
	大野城市		請求は、大野城市民分の予診票(ワクチンシール貼付)と請求書を予防接種業務を実施した月の翌月10日までに送付 A類:こども健康課 B類:すこやか長寿課
	筑紫野市		請求は、毎月締めの翌月10日まで A類とB類については請求書を分ける A類:子育て支援課 B類:健康推進課
	太宰府市		請求は、毎月締めの翌月10日まで
	那珂川町		請求は、筑紫地区専用の請求書様式にて毎月締めの翌月10日までに、那珂川町保健センター(健康課)へ送付
糸島	糸島市	市へ直接請求	予診票(原本)と請求書を月末締め、翌月末までに請求。
粕屋	宇美町	各市町へ直接請求 ※請求書は福岡県医師会ホームページ掲載の「粕屋地区様式」を使用	請求は、毎月締めの翌月10日まで A類とB類については請求書を分ける(送付先は同じ)
	篠栗町		毎月締めの翌月10日までに予診票を添付し請求 高齢者インフルエンザ及び高齢者肺炎球菌は自己負担額を差し引いた額を請求 生活保護受給者及び中国残留邦人等支援給付受給者は自己負担0円で全額を請求(それぞれ受給者であることが分かる証明書の写しの添付が必要)
	志免町		請求は、毎月締めの翌月10日まで
	須恵町		請求は、毎月締めの翌月10日まで A類とB類については請求書を分ける(送付先は同じ)
	新宮町		請求は、毎月締めの翌月10日まで
	古賀市		請求は毎月締めの翌月10日までに予診票を添付し請求。高齢者肺炎球菌は事前申請が必要。その際に発行する接種券を予診票に添付して請求して下さい。
	久山町		請求は、毎月締めの翌月10日まで A類とB類については請求書を分ける(送付先は同じ)
	粕屋町		請求は、毎月締めの翌月10日まで 同時接種の不可予診の請求は1件とする
宗像	宗像市	各市へ直接請求	請求は、毎月締めの翌月10日まで ※月遅れで請求する場合、実施月ごとに分けて請求。 ※同時接種において不可問診(予診のみ)が発生した場合、使用した予診票は必ず添付し、請求件数は1件とする。 ※宗像市においては、宗像市子ども家庭課へA類、宗像市健康課へB類と分けて請求。
	福津市		

※年度末の請求(3月まで)につきましては、必ず期日までにご提出ください。

定期予防接種広域化接種料金請求先一覧

筑豊ブロック

医師会名	被接種者の居住地	請求方法	備考
直方鞍手	直方市	各市町へ直接請求	請求は、毎月締めの翌月10日まで こども育成課宛に送付して下さい
	小竹町		請求は、毎月締めの翌月10日まで
	鞍手町		請求は、毎月締めの翌月10日まで
	宮若市		請求は、毎月締めの翌月10日まで
田川	田川市	各市町村へ直接請求	請求は、毎月締めの翌月10日まで 同時接種時に接種不可の場合は、1件分だけを請求 A類とB類を分けて請求 予防接種法施行令第1条の3第2項に規定する者の接種 委託料は、当該項目に応じた接種委託料とする
	香春町		請求は、毎月締めの翌月10日までに予診票を添付してください。
	添田町		請求は、毎月締めの翌月10日まで 同時接種時に接種不可の場合は、1件分だけを請求 A類とB類を分けて請求
	糸田町		請求は、毎月締めの翌月10日まで 同時接種時に接種不可の場合は、1件分だけを請求 A類とB類を分けて請求
	川崎町		請求は、毎月締めの翌月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、提出。 同時接種時に接種不可の場合は、1件分だけを請求 A類とB類を分けて請求
	福智町		請求は、毎月締めの翌月10日まで 同時接種時に接種不可の場合は、1件分だけを請求 A類とB類を分けて請求
	大任町		請求は、毎月締めの翌月10日まで 高齢者インフルエンザ及び高齢者肺炎球菌と子どもの定期 予防接種の請求書は別々。 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
	赤村		請求は、毎月締めの翌月10日まで A類とB類は別々に請求する。
飯塚	飯塚市	各市町へ直接請求	請求は、毎月締めの翌月10日まで 乳幼児、高齢者肺炎球菌、高齢者インフルに分けて請求 B型肝炎は0.5と0.25のバイアルビンで委託料が違うため 注意して下さい。
	桂川町		請求は、毎月締めの翌月10日まで A類とB類を分けて請求 B型肝炎は0.5と0.25のバイアルビンで委託料が違うため 注意して下さい。
	嘉麻市		請求は、毎月締めの翌月10日まで A類とB類を分けて請求

※年度末の請求(3月まで)につきましては、必ず期日までにご提出ください。

定期予防接種広域化接種料金請求先一覧

筑後ブロック

医師会名	被接種者の居住地	請求方法	備考
久留米	久留米市	①久留米市内の医療機関が実施した広域化の接種については、久留米医師会経由で各市町村へ請求。 ②久留米市以外の医療機関が久留米市住民へ接種を行った場合は、当該医療機関の属する医師会もしくは直接医療機関から直接久留米市へ請求。	3ヶ月毎に最終月の翌月(7,10,14月)10日まで(必着)にまとめて請求 請求者が法人の場合は、請求書に法人登記印を押印
大牟田	大牟田市	市へ直接請求	請求は、毎月締めの翌月10日までに、定期予防接種報告書兼請求書(広域分)に予診票を添付して提出する。
八女筑後	八女市	各市町へ直接請求	請求は、毎月締めの翌月10日まで A類とB類は分けて請求する。B類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		請求は、毎月締めの翌月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平日)まで 医療法人の場合は、法人印および代表者印の2種類の押印
	広川町		請求は、毎月締めの翌月10日まで A類とB類を分けて請求
朝倉	朝倉市	各市町村へ直接請求	請求は、毎月締めの翌月10日まで 医療法人の場合は、法人印および代表者印の2種類の押印 代表者名の前に肩書を併記
	筑前町		実績報告書兼請求書に予診票を添付のうえ、予防接種を実施した月の翌月10日までに請求
	東峰村		請求は、毎月締めの翌月10日まで
小郡三井	小郡市	各市町へ直接請求	請求は、毎月締めの翌月10日まで 予診票と請求書を添付して請求
	大刀洗町		
大川三猪	大川市	請求については、医療機関の属する医師会を経由するかもしくは医療機関から直接本市へ請求すること ※同日、同一施設、同一者に対する予診票のみの請求は1件までとする。その場合の予診票の提出はいずれか1枚のみとする	請求は、毎月締めの翌月10日まで 医療法人の場合は、法人印および代表者印の2種類の押印
	大木町	大川三猪医師会管内の町内医療機関は大川三猪医師会経由で請求。 同医師会管内の町外医療機関は直接行政へ請求。 同医師会管外の医療機関は所属する医師会経由もしくは医療機関から直接行政へ請求。 ※同日、同一施設、同一者に対する予診票のみの請求は1件までとする。	
柳川山門	柳川市	市へ直接請求	請求は、翌月10日までに予診票を添付し、請求書を本市健康づくり課健康係に提出 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
	みやま市	市へ直接請求	請求は、翌月10日まで
浮羽	うきは市	①浮羽医師会管内の医療機関が実施した広域化の接種については、浮羽医師会経由でうきは市へ請求。 ②浮羽医師会管外の医療機関が浮羽医師会管内住民へ接種を行った場合は、当該医療機関の属する医師会もしくは医療機関から直接うきは市へ請求。	請求は、毎月締めの翌月10日まで

※年度末の請求(3月まで)につきましては、必ず期日までにご提出ください。

	市町村名	担当部署	〒	住所	施設名	TEL	FAX
1	北九州市	保健衛生課	803-8501	北九州市小倉北区城内1-1		093-582-2430	093-582-4037
2	中間市	健康増進課(保健センター)	809-0014	中間市蓮花寺3-1-6	中間市保健センター	093-246-1611	093-246-3024
3	芦屋町	健康・こども課	807-0198	遠賀郡芦屋町幸町2-20		093-223-3533	093-222-2010
4	水巻町	健康課(いきいきほーる)	807-0025	遠賀郡水巻町埴末南3-11-1	いきいきほーる	093-202-3212	093-202-3621
5	岡垣町	健康づくり課	811-4233	遠賀郡岡垣町野間1-1-1		093-282-1211	093-282-0277
6	遠賀町	健康こども課	811-4392	遠賀郡遠賀町大字今古賀513		093-293-1234	093-293-0806
7	行橋市	子ども支援課子育て支援係	824-8601	行橋市中央1-1-1		0930-25-1111	0930-22-7952
		地域福祉課健康づくり推進係	824-8601	行橋市中央1-1-1		0930-25-1111	0930-22-7952
8	苅田町	子育て・健康課	800-0314	京都郡苅田町幸町6-91	パンジープラザ	093-436-5115	093-436-5110
9	みやこ町	子育て・健康支援課	824-0892	京都郡みやこ町勝山上田960		0930-32-2725	0930-32-2735
10	豊前市	健康長寿推進課	828-8501	豊前市大字吉木955		0979-82-1111	0979-83-0566
11	築上町	住民課	829-0192	築上郡築上町大字築城1096		0930-52-0001	0930-53-6222
12	吉富町	健康福祉課	871-0811	築上郡吉富町大字広津342	吉富あいあいセンター	0979-23-9900	0979-23-9903
13	上毛町	子ども未来課	871-0913	築上郡上毛町大字垂水1321-1		0979-72-3111	0979-84-8021
14	福岡市	保健福祉局保健予防課	810-8620	福岡市中央区天神1-8-1		092-711-4270	092-733-5535
15	春日市	福祉支援部子育て支援課(A類疾病)	816-0851	春日市昇町1-120	春日市いきいきプラザ	092-584-1015	092-501-0051
		健康推進部健康スポーツ課(B類疾病)	816-0851	春日市昇町1-120	春日市いきいきプラザ	092-501-1134	092-501-0051
16	大野城市	こども健康課(A類疾病)	816-8510	大野城市曙町2-2-1		092-580-1978	092-573-5380
		すこやか長寿課(B類疾病)	816-0932	大野城市瓦田4-2-1	すこやか交流プラザ	092-501-2222	092-584-5656
17	筑紫野市	健康推進課	818-0013	筑紫野市岡田3-11-1		092-920-8611	092-926-6006
18	太宰府市	元気づくり課	818-0125	太宰府市五条3-1-1		092-928-2000	092-920-7143
19	那珂川町	健康課	811-1290	筑紫郡那珂川町西隈1-8-1		092-953-2211	092-954-0043
20	糸島市	健康づくり課	819-1192	糸島市前原西1-1-1		092-332-2069	092-321-1139
21	宇美町	健康づくり課	811-2121	粕屋郡宇美町貴船2-28-1		092-933-0777	092-933-0210
22	篠栗町	健康課	811-2416	粕屋郡篠栗町大字田中1-1	オアシス篠栗	092-947-8888	092-947-2414
23	志免町	健康課	811-2292	粕屋郡志免町志免中央1-1-1		092-935-1473	092-935-1529
24	須恵町	健康福祉課	811-2193	粕屋郡須恵町須恵771		092-932-1151	092-933-6626
25	新宮町	健康福祉課	811-0112	粕屋郡新宮町大字下府425-1	シーオーレ新宮	092-962-5151	092-962-5333
26	古賀市	予防健診課	811-3116	古賀市庄205	サンコスモ古賀	092-942-1151	092-942-1154
27	久山町	健康福祉課	811-2501	粕屋郡久山町大字久原1822-1	ヘルスC&Cセンター	092-976-3377	092-976-3378
28	粕屋町	健康づくり課	811-2392	粕屋郡粕屋町駕与丁1-1-1		092-938-0258	092-938-2415
29	宗像市	子ども家庭課(A類疾病)	811-3492	宗像市東郷1丁目1番1号		0940-36-1365	0940-37-3046
		健康課(B類疾病)	811-3492	宗像市東郷1丁目1番1号		0940-36-1187	0940-37-3046

	市町村名	担当部署	〒	住所	施設名	TEL	FAX
30	福津市	いきいき健康課	811-3293	福津市中央1-1-1		0940-34-3352	0940-34-3881
31	直方市	こども育成課	822-8501	直方市殿町7-1		0949-25-2114	0949-25-2316
32	小竹町	健康増進課	820-1103	鞍手郡小竹町大字勝野1152		0949-62-1864	0949-62-1867
33	鞍手町	保険健康課	807-1392	鞍手郡鞍手町大字中山3705		0949-42-2111	0949-42-5693
34	宮若市	健康福祉課	822-0113	宮若市金生1064-1	宮若市保健センターパレット	0949-55-6000	0949-52-1660
35	田川市	地域福祉課	825-0002	田川市大字伊田2550-1	田川市保健センター	0947-44-8270	0947-44-8280
36	香春町	保険健康課	822-1492	田川郡香春町大字高野994		0947-32-8401	0947-32-4815
37	添田町	保健福祉環境課	824-0691	田川郡添田町大字添田2151		0947-88-8111	0947-82-5222
38	糸田町	住民課	822-1316	田川郡糸田町1971-1	糸田町保健センター	0947-49-9020	0947-26-0284
39	川崎町	健康づくり課	827-0004	田川郡川崎町大字田原804		0947-72-7083	0947-72-7083
40	福智町	保健課	822-1101	田川郡福智町赤池970-1		0947-28-9500	0947-28-9501
41	大任町	住民課衛生係	824-0512	田川郡大任町大字大行事3067		0947-63-3003	0947-63-3813
42	赤村	住民課	824-0432	田川郡赤村大字内田1188		0947-62-3000	0947-62-3007
43	飯塚市	健幸・スポーツ課	820-8605	飯塚市忠隈523	飯塚市保健センター	0948-24-4002	0948-25-8994
44	桂川町	健康福祉課	820-0693	嘉穂郡桂川町大字土居361		0948-65-0001	0948-65-0078
45	嘉麻市	健康課	821-8501	嘉麻市上山田392		0948-53-1104	0948-53-1149
46	久留米市	健康福祉部保健所保健予防課	830-0022	久留米市城南町15-5		0942-30-9730	0942-30-9833
47	大牟田市	健康衛生課	836-0843	大牟田市不知火町1-5-1	大牟田市保健所	0944-41-2669	0944-41-2675
48	八女市	健康推進課	834-8585	八女市本町647		0943-23-1201	0943-23-1331
49	筑後市	健康づくり課	833-8601	筑後市大字山ノ井898		0942-53-4231	0942-53-4119
50	広川町	住民課	834-0115	八女郡広川町大字新代1804-1		0943-32-1112	0943-32-5164
51	朝倉市	健康課	838-0068	朝倉市甘木198-1		0946-22-8571	0946-23-0732
52	筑前町	健康課	838-0298	朝倉郡筑前町篠隈373		0946-42-6649	0946-42-2011
53	東峰村	保健福祉課	838-1692	朝倉郡東峰村大字小石原941-9		0946-74-2311	0946-74-2722
54	小郡市	健康課	838-0126	小郡市二森1167-1		0942-72-6666	0942-72-6477
55	大刀洗町	健康福祉課	830-1298	三井郡大刀洗町大字富多819		0942-77-2266	0942-77-3063
56	大川市	健康課	831-0031	大川市大字上巻405-1	大川市保健センター	0944-86-8450	0944-86-8464
57	大木町	健康課	830-0416	三潞郡大木町大字八町牟田255-1		0944-32-1280	0944-32-1054
58	柳川市	健康づくり課	832-8601	柳川市本町87-1		0944-77-8536	0944-74-5613
59	みやま市	健康づくり課	835-8601	みやま市瀬高町小川5		0944-64-1515	0944-64-1548
60	うきは市	保健課	839-1393	うきは市吉井町新治316		0943-75-4960	0943-75-4963

平成30年度 粕屋地区高齢者肺炎球菌予防接種について

	市町での手続き及び対象者への通知等	接種希望者が医療機関に持参する物	連絡先
古賀市	事前に市役所で申請が必要 年齢・接種歴等を確認し、市が接種券を発行する。	- 市が発行した接種券 - 保険証等の身分証明書	予防健診課 健康づくり係 TEL 092-942-1151
篠栗町	事前申請なし <u>任意接種助成事業の未接種者</u> で、対象となる生年月日の者に接種券を送付する	- 町が発行した接種券 - 保険証等の身分証明書	健康課 健康係 TEL 092-947-8888
須恵町	事前申請なし <u>任意接種助成事業の未接種者</u> で、対象となる生年月日の者に接種券を送付する	- 町が発行した接種券 - 保険証等の身分証明書	健康福祉課 保健予防係 TEL 092-687-1530
粕屋町	事前申請なし <u>任意接種助成事業の未接種者</u> で、対象となる生年月日の者にハガキで通知	- 町が送付したハガキ（接種券） - 保険証等の身分証明書	健康づくり課 健康推進係 TEL 092-938-0258
久山町	事前申請なし 対象となる生年月日の者に通知	- 町が送付した通知書（未接種であることに自署して持参） - 保険証等の身分証明書	健康福祉課 健康係 TEL 092-976-3377
宇美町	事前申請なし 対象となる生年月日の者にハガキで通知	保険証等の身分証明書	健康づくり課 健康推進係 TEL 092-933-0777
志免町	事前申請なし 個別通知なし	保険証等の身分証明書	健康課 健康管理係 TEL 092-935-1473
新宮町	事前申請なし 対象となる生年月日の者にハガキで通知	- 町が送付したハガキ（未接種であることに自署して持参） - 保険証等の身分証明書	健康福祉課 健康づくり担当 TEL 092-962-5151

※持参すべき物の提出がない場合は、各市町に要連絡

平成30年度筑紫地区高齢者肺炎球菌予防接種事業の流れ

高齢者肺炎球菌予防接種事業の主な実施内容を挙げておりますので、ご確認いただきますようお願いいたします。

1. 接種対象者について（接種希望者は事前に各自治体窓口にて申請）

「接種決定通知書（裏面は予診票）」を持参される方のみが接種対象となります。

今までに 23 価肺炎球菌ワクチンを受けていない、下記のいずれかに当てはまる人

【定期接種】 予診票の上部に表示していますので、請求の際に区分どおりに請求してください。

① 年度中に 65 歳、70 歳、75 歳、80 歳、85 歳、90 歳、95 歳又は 100 歳を迎える人

② 接種日時点で 60 歳以上 65 歳未満の人で、心臓、腎臓又は呼吸器の機能に自己の身の日常生活が極度に制限される程度の障害を有する人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人

【任意接種】 予診票の上部に表示していますので、請求の際に区分どおりに請求してください。

③ 年度中に 65 歳以上を迎える上記①、②以外の人(昭和 28 年 4 月 1 日以前に生まれた人)

2. 自己負担金について

接種希望者が持参する「接種決定通知書」に金額を表示しております。

3,000 円 または 無料

※市民税非課税世帯・生活保護世帯の人は無料（決定通知書内に「無料」と記載）

3. 委託単価について

定期予防接種実績報告書兼請求書（筑紫地区）に記載の金額となります。

自己負担金なしの場合	8,053 円
自己負担金 3,000 円の場合	5,053 円
接種不可者（検温不可を除く）の場合	3,045 円

4. 請求方法

- ・請求書に予診票を添付の上、接種翌月 10 日までに提出してください。（遅れる場合は連絡をください。）
- ・請求書内「定期接種」、「任意接種」のどちらかに該当するかは、予診票の 1 行目に記載しております。
- ・予診票にはワクチンロットシールを貼り付けてください。
- ・「予診のみ」を請求する場合は、予診票のコピーを添付してください。原本は接種する際に再使用してください。
- ・インフルエンザと同時接種しようとした場合の予診のみの請求はインフルエンザだけ行ってください。
- ・「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、「予診のみ」の請求はできません。

5. 接種の申請から委託料の請求までの流れについて

- ① 接種希望者は居住する筑紫地区各自治体窓口にて申請する。
- ② 実施することが決定された場合、決定通知書の交付を受ける。（裏は予診票）
- ③ 医療機関に決定通知書を持参の上、予防接種を受ける。
- ④ 医療機関は、請求書に予診票及び決定通知書を添付の上、被接種者が居住する市町に請求する。（原則、予診票は、裏面が決定通知書のものをご使用ください。）

平成30年度 福智町定期高齢者肺炎球菌予防接種について

本町の保健事業につきましては、平素からご協力を賜り厚くお礼を申し上げます。

さて、定期高齢者肺炎球菌予防接種事業を下記の内容で実施いたしますので、ご協力をいただけますようお願い申し上げます。

記

1、対象者について

①当該年度中に 65 歳、70 歳、75 歳、80 歳、85 歳、90 歳、95 歳、100 歳になる方

対象者には、平成 30 年 4 月上旬に接種券（青色）を郵送しますので、持参される方が対象となります。（再度、接種歴はご本人に確認をお願いいたします。今までに 1 回でも 23 価肺炎球菌ワクチンを受けている方は、対象になりません。）

*紛失や接種不可になった場合は、接種する前に接種券の再交付の申請が必要です。

②満 60 歳～65 歳未満の人で、心臓、腎臓、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）があり接種を希望する方は、接種前に接種券の交付申請が必要です。

2、接種券交付申請に必要なもの（①の再交付、②の方）

- ・身分証明書（運転免許証や医療保険証、介護保険証など）
- ・不可予診票の原本（接種不可の方のみ）
- ・身体障害者手帳（②の方）

*代理申請もできます。本人の委任（印鑑）が必要ですので時間がかかります。代理者は身分証明書を持参して下さい。

3、自己負担金について

3, 0 0 0 円 （生活保護受給者は、診療依頼書を提示すれば無料です。）

4、委託単価について

自己負担金なしの場合	8, 0 0 0 円
自己負担金 3, 0 0 0 円の場合	5, 0 0 0 円
不可予診の場合	1, 7 9 0 円

5、請求方法

- ・請求書に予診票（裏面が接種券のもの）、必要時、診療依頼書や身体障害者手帳 1 級の写しを添付の上、接種翌月 1 0 日までに提出してください。
- ・「不可予診」を請求する場合は、予診票を両面コピーで請求してください。ご本人様に接種券の再交付申請の必要がある旨、説明し予診票の原本を渡してください。申請は、福智町コスモス保健センターの窓口でできます。
- ・同時接種において、「不可予診」の場合は、1 件分のみ請求してください。

〒822-1101

福智町赤池 970 番地 1

福智町 コスモス保健センター 山 本

TEL 0947-28-9500