



福県医発第1700号（地）

令和元年 9月26日

各 医 師 会 長 殿

福 岡 県 医 師 会
会 長 松 田 峻一良
（ 公 印 省 略 ）

令和元年度インフルエンザ及び消費税増税後の
定期予防接種広域接種について

時下ますますご清祥の段、お慶び申し上げます。

定期予防接種広域接種に係る令和元年度インフルエンザ予防接種料金表
及び各市町村の消費税増税後の料金表等を別添のとおりお送りいたします。

つきましては、貴会におかれましても本件についてご了知いただき、貴会
管下の広域接種実施医療機関への周知方よろしくお願い申し上げます。

また、本件につきましては、本会ホームページに掲載いたしますことを申
し添えます。

【添付資料】

- ・ 令和元年度各市町村予防接種広域接種・高齢者用肺炎ワクチン広域接種料金一覧
- ・ 令和元年度インフルエンザ予防接種実施要領
- ・ 令和元年度インフルエンザ広域予防接種料金・実施期間一覧
- ・ 筑紫地区専用請求書（現行様式の変更分）
- ・ 粕屋地区専用請求書
- ・ 古賀市専用請求書（インフルエンザのみ）
- ・ 予防接種済証（広域用）
- ・ 予防接種済証（遠賀中間地区用）

小郡三井医師会より

予防接種担当理事 田中泰之
会長 島田昇二郎

2019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		10,477	11,742	6,033	5,087 (乳幼児5,912)	11,192	11,192			10,180	10,180			6,759	6,759			7,232	7,232	7,232	7,782	16,995	9,174	12,540	9,570	7,111	3,102	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。
中間市 芦屋町 水巻町 岡垣町 遠賀町	6歳未満	10,201	11,521	6,032		10,861	10,861			7,286	7,286			7,308	7,308			7,781			7,311		8,760	12,291	9,156	7,048	3,161	すべての接種を、6歳以上と6歳未 満に分ける。
	6歳以上	9,376	10,696	5,207	5,471	10,036	10,036			6,461	6,461			6,483	6,483			6,956	6,956	6,956		16,581	7,935		8,331	6,223		
行橋市	6歳未満	10,140	11,300	5,810	0.1ml使用 4,750 1ml使用 5,260	10,700	10,700			7,230	7,230			7,240	7,240			7,720	7,720	7,720	7,830		8,700	12,070	9,000	0.25ml(バイアル) 6,500 0.25ml(シリンジ) 6,540 0.5ml(バイアル) 6,770	3,100	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 で治療を施した場合は請求できな い。 ②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。 ③同日、同施設、同一者に対す る「予診のみ」の請求是一件まです る。
	6歳以上	9,320	10,470	4,980			9,880				6,400			6,410			6,900	6,900	6,900		16,520							
苅田町	6歳未満	10,140	11,300	5,810	0.1ml使用 4,750 1ml使用 5,260	10,700	10,700			7,230	7,230			7,240	7,240			7,720	7,720	7,720	7,830		8,700	12,070	9,000	0.25ml使用 6,500 0.25ml(シリンジ) 6,540 0.5ml(バイアル) 6,770	3,100	・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単価を 3通り設定しています。
	6歳以上	9,320	10,470	4,980			9,880				6,400			6,410			6,900	6,900	6,900		16,520							
みやこ町	6歳未満	10,140	11,300	5,810	0.1ml使用 4,750	10,700	10,700			7,230	7,230			7,240	7,240			7,720	7,720	7,720	7,830		8,700	12,070	9,000	0.25ml使用6、500 0.25mlシリンジ 使用6、540 0.5ml使用6、770	3,100	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、町に請求 する。
	6歳以上	9,320	10,470	4,980	1ml使用 5,260		9,880				6,400			6,410			6,900	6,900	6,900		16,520							
豊前市		9,000	10,150	4,660	4,970	9,540	9,540			6,080	6,080			6,120	6,120			6,590	6,590	6,590	6,300	16,140	8,910	11,360	7,950	5,440	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。
築上町		9,060	10,210	4,600	4,600	9,600	9,600			6,090	6,090			6,120	6,120			6,640	6,640	6,640	6,360	16,260	9,080	11,560	8,030	5,690	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、請求してください。 請求書の日付は記入しないでくだ さい。 ・同時接種の不可問診(予診のみ) 請求件数は1件とする。
吉富町		9,060	10,320	4,720	4,500	9,720	9,720			6,140	6,140			6,190	6,190			6,630	6,630	6,630	6,360	16,570	9,130	11,650	8,010	5,700	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) 請求件数は1件とする。
上毛町		9,050	10,310	4,600	4,490	9,710	9,710			5,590	5,590			5,590	5,590			6,620	6,620	6,620	6,200	16,570	9,130	11,650	8,010	5,690	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)。																										
春日市	10,472	12,386	6,842	6,611	11,392	11,392				7,806	7,806			7,812	7,812			7,570	7,570	7,570	8,932	16,577	10,186	13,552	10,582	8,005	3,102	同日、同一施設、同一者に対する 「予診のみ」の請求是一件まです る。 A種とB種については、請求書を分 けて請求。 請求先 A種・・・福祉支援部子育て支援課 B種・・・健康推進部健康スポーツ 課
大野城市																												
筑紫野市																												
太宰府市																												
那珂川市																												

2019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
糸島市	12,272.12	13,482.12	7,938.33	5,622.22	12,987.12	11,414.53			9,389.72	7,817.12			9,368.33	7,794.72			8,279.53	7,372.03	7,372.03	9,577.12	16,997.03	10,830.92 小児用肺炎球菌 と同時9,358.14	14,197.12円 ヒブと同時接 種 12,724.35 円	11,227.12	8,472.03	6歳未満 4,319.53 6歳以上 3,412.03	・市へ直接請求。請求は、毎月締 めの翌月末まで。 ・2019年度の請求組合計は、少数 点以下を切り捨て
宇美町	9,731	10,929	5,411	4,757	11,245	11,245			7,724	7,724			7,735	7,735			6,970	6,970	6,970	7,651	16,337	8,316	11,621	10,482	6,830	3,102	麻しん・MR(皮内テスト)不可予防 診 6,042円
篠栗町																											麻しん・MR(皮内テスト)不可予防 診 6,042円 請求は粕屋地区の請求様式。
志免町																											麻しん・MR(皮内テスト)不可予防 診 6,042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)不可予防 診 6,042円 請求は粕屋地区用をご利用いた だき、A類とB類は分けて請求。
新宮町																											麻しん・MR(皮内テスト)不可予防 診 6,042円 粕屋地区の請求様式も可
古賀市																											麻しん・MR(皮内テスト)不可予防 診 6,042円 請求は粕屋地区の請求様式。
久山町																											麻しん・MR(皮内テスト)不可予防 診 6,042円 請求は粕屋地区用をご利用いた だき、A類とB類は分けて請求。
粕屋町																											麻しん・MR(皮内テスト)不可予防 診 6,042円 同時接種の不可予防は1件とす る。

2019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	10,208	11,363	5,874	4,818	10,868	10,868			7,293	7,293			7,304	7,304			6月～12歳 7,788	6月～12歳 7,788	6月～12歳 7,788	7,513	16,588	8,767	12,133	9,163	6,336	3,168	・翌月の10日までに予診票を添付し八女市健康推進課に請求する。 ・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。 ・代表者については、肩書き(院長・理事長等)を付して請求する。 ・長期療養者のための定期予防接種を実施した場合、依頼書の写しを予診票に添付する。	
																	13～20歳未満 6,963	13～20歳未満 6,963	13～20歳未満 6,963									
筑後市	10,208	11,363	5,874	4,818	10,868	10,868			7,293	7,293			7,304	7,304			6月～12歳 7,788	6月～12歳 7,788	6月～12歳 7,788	7,513	16,588	8,767	12,133	9,163	6,336	3,168	同時接種についての、予診のみの請求は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平日)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。	
																	13～20歳未満 6,963	13～20歳未満 6,963	13～20歳未満 6,963									
広川町	10,208	11,363	5,874	4,818	10,868	10,868			7,293	7,293			7,304	7,304			6月～12歳 7,788	6月～12歳 7,788	6月～12歳 7,788	7,513	16,588	8,767	12,133	9,163	6,336	3,168	毎月終わりの翌月10日までに、A類とB類に請求書を分けること。	
																	13～20歳未満 6,963	13～20歳未満 6,963	13～20歳未満 6,963									
朝倉市 筑前町 東峰村	9,124 予診のみ 1,782	10,444 予診のみ 1,782	4,955 予診のみ 1,782	4,972 予診のみ 1,364	12,181 予診のみ 2,376	12,181 予診のみ 2,376			8,602 予診のみ 2,376	8,602 予診のみ 2,376			8,613 予診のみ 2,376	8,613 予診のみ 2,376			7,060 予診のみ 1,782	6,952 予診のみ 1,364	6,952 予診のみ 1,364	8,822 予診のみ 2,376	15,997 予診のみ 1,364	7,683 予診のみ 1,782	11,214 予診のみ 1,782	9,399 予診のみ 2,376	5,846 予診のみ 1,782	各ワクチン毎に 設定	・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。 ・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。 ・長期療養を必要とする疾病にかかった者等の定期接種に関する特例措置の場合も同様の金額が適応されます。 ・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、代表者の肩書を代表者名の前に併記すること(朝倉市)。	
小郡市	9,790	11,110	5,621	4,917	12,232	10,395			8,657	6,820			8,668	6,831			7,480	6,897	6,314	8,877	16,522	8,349	11,880	10,527	6,690	3,102	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	9,790	11,110	5,621	4,917	12,232	10,395			8,657	6,820			8,668	6,831			7,480	6,897	6,314	8,877	16,522	8,349	11,880	10,527	6,690	3,102	予防接種を希望する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こと。この場合、必ず代筆者の氏名及び被接種者との続柄を記載する。注意:接種医は代筆できない。受付事務又は看護師は可能(続柄欄に受付又は看護師と記入すること)。	
大川市	10,142	11,297	5,808	4,752 予診のみ1,364	11,022 予診のみ3,102	11,022			7,260 予診のみ3,102	7,260			7,260 予診のみ3,102	7,260			1期初回・追加 7,722	6,897 予診のみ1,364	1期初回・追加 6,897 予診のみ1,364	7,667 予診のみ3,102	16,522 予診のみ1,364	8,701 予診のみ3,102	12,067 予診のみ3,102	9,097 予診のみ3,102	6,325	6歳未満3,102 6歳以上1,364		予診のみの請求は、同日で同一者の場合は1件の請求とする。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。
																	1期2回 5,577		1期2回 6,897 予診のみ1,364									
大木町	10,142	11,297	5,808	3～90月未満 5,577	11,022	11,022			7,260	7,260			7,260	7,260			1期初回・追加 7,722	6,897	初回・追加 6,897	7,667	16,522	8,701	12,067	9,097	6,325	6歳未満3,102 6歳以上1,364		当該医療機関の属する医師会もしくは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。
				11～13歳未満 4,752													1期2回 5,577		1期2回 6,897 予診のみ1,364									
柳川市	乳幼児 10,715 予診のみ 3,915 小学生 10,817 予診のみ 3,235 予診のみ 3,105	乳幼児 11,222 予診のみ 3,235 小学生 10,817 予診のみ 3,235		4,654 予診のみ 1,787	12,157 予診のみ 3,915	12,157 予診のみ 3,915	11,347 予診のみ 3,105	11,347 予診のみ 3,105	8,593 予診のみ 3,915	8,593 予診のみ 3,915	7,783 予診のみ 3,105	7,783 予診のみ 3,105	8,593 予診のみ 3,915	8,593 予診のみ 3,915	7,783 予診のみ 3,105	7,783 予診のみ 3,105	乳幼児 6,742 予診のみ 2,298 小学生 6,337 予診のみ 1,787	6,337 予診のみ 1,787	6,337 予診のみ 1,787	8,857 予診のみ 3,915	16,867 予診のみ 3,235	8,625 予診のみ 3,235	11,992 予診のみ 3,235	9,077 予診のみ 3,105	6,217 予診のみ 3,235	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 10,715 予診のみ 3,915 小学生 10,817 予診のみ 3,235 予診のみ 3,105	乳幼児 11,222 予診のみ 3,235 小学生 10,817 予診のみ 3,235		4,654 予診のみ 1,787	12,157 予診のみ 3,915	12,157 予診のみ 3,915			8,593 予診のみ 3,915	8,593 予診のみ 3,915			8,593 予診のみ 3,915	8,593 予診のみ 3,915			乳幼児 6,742 予診のみ 2,298 小学生 6,337 予診のみ 1,787	6,337 予診のみ 1,787	6,337 予診のみ 1,787	8,857 予診のみ 3,915	16,867 予診のみ 3,235	8,625 予診のみ 3,235	11,992 予診のみ 3,235	9,077 予診のみ 3,105	6,217 予診のみ 3,235	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。 予防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	10,666	11,815	6,372	4,730	12,265	12,265	※10,010	※10,010	8,645	8,645	※6,390	※6,390	8,645	8,645	※6,390	※6,390	6,992	6,875	6,313	8,855	15,938	9,220	12,585	10,505	6,999	1,946	※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逃した者に限る。	

別紙2 (増税後)

福岡県医師会 地域医療課 様

FAX:092-411-6858

大牟田市

2019年度定期予防接種広域接種料金等について(※4月の契約時から変更有ります)

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 10,240	円 3,630
二種混合	11歳以上13歳未満		4,726	2,880
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		8,975	3,630
麻しん	生後12月～24月に至るまでの間にある幼児		9,310	3,630
	小学校入学前の1年間(5歳～7歳未満の幼児)		9,310	3,630
風しん	生後12月～24月に至るまでの間にある幼児		9,310	3,630
	小学校入学前の1年間(5歳～7歳未満の幼児)		9,310	3,630
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		12,929	3,630
	小学校入学前の1年間(5歳～7歳未満の幼児)		12,929	3,630
日本脳炎	生後6月～就学前の乳幼児		6,757	3,630
	9歳未満の小学生		6,124	2,880
	9歳～12歳の小・中学生		6,674	2,880
	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)		6,674	2,880
BCG	生後1歳に至るまでの間にある乳児		7,130	3,630
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		16,280	2,880
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		8,384	3,630
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		11,900	3,630
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		8,780	3,630
B型肝炎	生後1歳に至るまでの間にある乳児		6,609	3,630
インフルエンザ	一部負担金徴収者(実施要領に基づく)		3,426	2,880
	一部負担金免除者(実施要領に基づく)		4,426	2,880
	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)		4,960	2,880
	一部負担金免除者(実施要領に基づく)		7,960	2,880
	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、定期予防接種実績報告書兼請求書(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31年度成人用肺炎球菌予防接種対象者』(青色)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。			

2019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	在宅一般:4,247 施設一般:1,937 在宅減免:8,547 施設減免:6,237	4,300	3,102	・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	外来:6,257 入院、入所:3,947	2,500	3,161	・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（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」のいずれかを確認する。(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。 ・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。 ・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歳以上の高齢者肺炎球菌の場合は、受診者が持参した町からの通知文書(ハガキ)を回収し、請求時に予診票に添付してください。 ・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	6,410	2,000	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)または、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を添付。 ・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無料(請求時、保護受給証明書添付)
苅田町	6,410 生保:8,410(自己負担なし)	2,000	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	6,410 生保:8,410(自己負担なし)	2,000	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	5,830 生保:7,830(自己負担なし)	2,000	0	・生活保護受給者は、7830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	7,890	0	1,000	・自己負担なし。
築上町	5,890	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	7,890	0	1,000	・対象者には、平成31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。 ・同時接種の不可問診(予診のみ)請求件数は1件とする。

2019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ヤチハタ印は不可 ※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	5,202	3,000	3,102	・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。<u>ただし、対象者がどうかの判定は市があらかじめ行い、「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。</u> ・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				
那珂川市				
糸島市	5,622.77	3000	3,412.03	・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、自己負担金免除。 ・自己負担金無料者分は、被接種者が持参した自己負担金無料通知書を予診票に添付して請求。 ・60歳以上65歳未満の者で、心臓、腎臓又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については、対象とした理由や不可問診とした理由を、予診票の医師記入欄等に記載して提出 ・2019年度の請求額合計は、少数点以下を切り捨て
古賀市	4,018	4,000	1,100	※「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）。 ・生活保護世帯及び中国残留邦人等支援給付者の者は自己負担なし。 ・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				

2019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	3,040 生保・非課税世帯：8,720（自己負担なし）	5,680	3,193	1.同時接種において不可問診が発生した場合、使用した予診票は必ず添付し、請求件数は1件とする。 2.高齢者の予防接種に係る対象者確認について （1）高齢者の肺炎球菌予防接種については、接種前に必ず本人同意のもと、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（折り返し電話等で回答する） （2）60歳以上65歳未満の対象者は、身体障害者手帳を確認し、その写しを予診票に添付し、請求すること。 3.高齢者の予防接種に係る自己負担金について （1）自己負担金（肺炎球菌5, 680円）を医療機関において徴収すること。 （2）ただし、免除要件に該当する場合は、証明書類を確認したうえで、自己負担金は徴収せず、接種料金の全額を市へ請求する。（証明書類①②④の場合は「写し」、③の場合は「原本」を請求書へ添付すること。） ＜免除要件＞ 市町村民税非課税世帯の人 ＜証明書類 ①～④のいずれか＞ ①介護保健負担限度額認定証②後期高齢者医療限度額適用・標準負担額減額認定証 ③予防接種用の証明（市健康課で交付。インフルエンザ用、肺炎球菌用で異なる） 生活保護世帯の人 ④診療依頼書又は保護受給証明書
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	自己負担あり：5,731 自己負担免除者：8,231	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				

2019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）		
田川市	5,000	3,000	1,790	・生活保護世帯は自己負担金免除。
糸田町				・生活保護者は自己負担なし。診療依頼書の写し添付の上、請求。 ・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。
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				・各市町村は、次の者には、予診票の配布及び委託料の支払はしない。 1.対象者に該当しない者 2.予診票の自署欄に署名のないもの
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の写し添付の上請求。 ・60～65歳未満の身体障害者手帳1級程度の障害を有する者は、同障害程度が確認できる身体障害者手帳の写しを添付の上請求。 ・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（緑色）を交付。裏面の予診票を請求書に添付。 ・高齢者用肺炎球菌の「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、本人に渡す。
赤村				・署名の代筆は、接種医療機関の従事者は不可
飯塚市	5,743 減免者：8,143	2,400	1,653	・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、身体的事情等で自署できない場合、成年後見人の場合。 ・請求書・問診票と合わせて対象者に送付している接種券の添付をお願いします。 ・生活保護世帯は医療カードのNO記載、市民税非課税世帯は非課税世帯証明書の添付で自己負担免除
桂川町				・生活保護世帯・町民税非課税世帯は自己負担額を免除。 ※生活保護者は医療カードNo記載、町民税非課税世帯証明書の添付が必要。 ・問診票には明確な医師のサインが必要。 ・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。

2019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）		
久留米市 （上段が4～9月 実施分、 下段が10～3月 実施分）	3,733 自己負担免除者委託料：8,053 3,882 自己負担免除者委託料：8,202	4,320 （通年）	1,339 1,364	・請求者が法人の場合は、請求者に法人登録印を押印。 ・自己負担免除者は次の①～⑤いずれかを添付。①無料予防接種確認書、②平成31年度介護保険料納付通知書（1～3段階）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歳以上65歳未満の対象者は身体障害者手帳（1級）の写しを添付。 ・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	4,960 生保、市民税非課税世帯：7,960（自己負担なし）	3,000	2,880	<添付資料> <u>平成31年度成人用肺炎球菌予防接種対象者（青色）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	4,596	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、接種前に、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生活保護受給証明書、②高齢者予防接種費用免除証明書、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介護保険限度額認定証（有効期限内のもの）（※請求の際は、①②は予診票に原本を添付。③④はコピーを添付する。） ・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。 ・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。
筑後市				・一般の方の自己負担金は3,500円、生保・非課税世帯の方の自己負担金は0円です。 ・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、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				・非課税・生活保護世帯は自己負担なし。その場合次の①～④いずれかで確認。 ①高齢者用インフルエンザ又は肺炎球菌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） ※①は予診票に原本を添付、②③④はコピーを添付して下さい。60～65歳未満の対象者は障害が確認できるもの（身体障害者手帳写し・診断書など）を予診票に添付してください。

2019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	5,250	3,000	1,364	・60歳から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金免除（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。 ・実施期間：2019年4月1日～2020年3月31日 ・請求金額は接種料金である8,250円と記載。（自己負担額を差し引き、支払いをする。）
筑前町				・朝倉市、筑前町、東峰村の3市町村は同じ価格です。 ・請求書には、自己負担額（3,000円）を引いた金額（5,250円）を記載して請求。
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	5,195	3,000	3,102	・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。 - 自己負担金免除者：生活保護受給者、市民税非課税世帯者 - 以下の①～⑤のいずれかを予診票裏に添付。 ①予防接種用非課税確認書（有効期限内のもの） ②生活保護受給証明書 ③2019年度介護保険料納入通知書（1段階～3段階）の写し ④介護保険負担限度額認定証（有効期限内のもの）の写し ⑤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 60～65歳未満の対象者については、身体障害者手帳（内部疾患1級程度）の写しや医師の診断書などを予診票に添付して請求。
大刀洗町				・生活保護受給者・町県民税非課税世帯は自己負担金なし。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証（適用区分Ⅰ・Ⅱ）の写し」、「介護保険負担限度額認定証の写し」、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、町に請求。
大川市	4,790	3,240	1,364	・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歳未満の者は、心臓、腎臓又は呼吸器の機能に日常生活動作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る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が対象であり、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を予診票に添付すること。
大木町				・町県民税非課税世帯・生活保護世帯の人は自己負担無料。町県民税非課税世帯の人は次の①から④のいずれかを、生活保護世帯の人は生活保護証明書または診療依頼書を被接種者が、医療機関へ提示し、医療機関は予診票へ添付のうえ請求する。①高齢者用肺炎球菌ワクチン接種非課税確認書②後期高齢者医療限度額適用・標準負担額減額認定証③介護保険負担限度額認定証④平成31年度介護保険料納入通知書兼特別徴収決定通知書 ①は大木町役場健康課窓口にて無料発行 ・60歳以上65歳未満の人であって、心臓、腎臓、呼吸器に重い病気がある人で、医師により予防接種が必要と判断される人は身体障害者手帳の写し等を予診票に添付すること。

2019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）		
柳川市	5,275 生保、非課税世帯：8,275（自己負担なし）	3,000	3,105	・65歳の対象者は、予診票を個人通知する。 ・70歳以上の対象者は、ハガキで通知。 ・65歳の予診票の再発行及び、70歳以上の予診票の発行は、柳川庁舎、健康づくり課健康係窓口で発行する。来庁時は、接種希望者の身分証明証を持参すること。
みやま市				・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。 ・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、市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）は写しを添付して請求。 ・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、又は医師の診断書などを予診票に添付して請求。
うきは市	4,184	4,000	1,946	生活保護受給者は自己負担免除

令和元年度 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。
※朝倉市は、接種料金全額(別紙のA+B欄参照)を請求し、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)が支払われる。
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。

令和元年度高齢者インフルエンザ(65歳以上)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	在宅一般: 3,499 施設一般: 1,189 生保・非課税世帯(自己負担なし) 在宅: 4,999 施設: 2,689	1,500 在宅・施設減額 負担なし	3,102 (施設実施分は0)	令和元年10月1日～令和2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	外来 3,349 入院・入所 1,221 生活保護受給者・非課税世帯 自己負担なし	1,500	2,979	令和元年10月1日～令和2年3月31日	・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 (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」のいずれかを確認する。(予診票に確認書類の記載をお願いします) ②事前に市町村から「無料」と明記した予診票の交付を受け、接種の際に提示する。 ・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。 ・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。 ・報告書兼請求書は、遠賀中間医師会に提出。
3	芦屋町					
4	岡垣町					
5	遠賀町					
6	水巻町					
7	行橋市	3,770 生保: 4,970(自己負担なし)	1,200	0	令和元年10月1日～令和2年2月29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。 ・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	3,770 生保: 4,970(自己負担なし)	1,200	0	令和元年10月1日～令和2年2月29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	3,770 生保: 4,970(自己負担なし)	1,200	0	令和元年10月1日～令和2年2月29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	令和元年10月1日～令和2年1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	令和元年10月1日～令和2年1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	令和元年10月1日～令和2年1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	令和元年10月1日～令和2年1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。

令和元年度高齢者インフルエンザ(65歳以上)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	接種地の接種料金(A+B)から1,500円を引いた額 ※自己負担金免除者:接種地の接種料金(A+B)	1,500	接種地の料金	令和元年10月1日～令和2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類の添付が必要。 ・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)市県民税非課税証明書(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)」。
15	大野城市	3,527 ※自己負担金免除者:5,027(自己負担なし)	1,500	3,102	令和元年10月1日～令和2年2月29日	・生活保護世帯、住民税非課税世帯は、「①介護保険負担限度額認定証」、「②後期高齢者医療限度額適用・標準負担額減額認定証」、事前申請による「③自己負担金免除通知書」のうちいずれか1つを提示した場合、自己負担金免除となる。 ・自己負担金免除者分の請求は、上記①～③のいずれかの写しを予診票に添付して請求すること。なお、①および②については、確認した書類名、減額対象者であることを予診票の右下に記載することも可とする。 ・60歳以上65歳未満の者に対する接種には、身体障害者手帳の写しを予診票に添付すること。 ・接種翌月までに請求書を提出すること。 ・予診票にはワクチンロットシールを張り付けること。 ・体温37.5℃以上「年齢対象外」「接種回数超過」「接種間隔の間違い」の場合の「予診のみ」の請求はできません。
16	春日市					
17	太宰府市					
18	筑紫野市					
19	那珂川市					
20	糸島市	3,864 ※自己負担金無料者5,364(自己負担なし)	1,500	3,412	令和元年10月1日～令和2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「自己負担金無料通知書」を提示の場合のみ、自己負担金無料。 ・自己負担金無料者分の請求は、被接種者が持参した「自己負担金無料通知書」を予診票に添付して請求。 ・60歳以上65歳未満の者で、心臓、腎臓又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については、対象とした理由や不可問診とした理由を、予診票の医師記入欄等に記載して提出
21	古賀市	2,877 生保:4,877(自己負担なし)	2,000	1,100 (1回に限る)	令和元年10月1日～令和2年1月31日	・生活保護受給者、中国残留邦人等支援給付受給者については自己負担なし。自己負担額免除対象者の請求には、生活保護受給者は「診療依頼書」、中国残留邦人等支援給付受給者は「中国残留邦人等支援法に基づく本人確認証」で確認し予診票にその写しを添付すること。 ・60歳以上65歳未満のものであって、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の機能に障害(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)を添付すること。
22	宇美町	3,277 生保:4,877(自己負担なし)	1,600	1,100	令和元年10月1日～令和2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。 ・中国残留邦人等支援法に基づく支援給付者は本人確認証の写し等の書面で確認し、予診票にその写しを添付する。
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	3,385 生保・非課税世帯:4,785(自己負担なし)	1,400	3,193	令和元年10月1日～令和2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」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証明書(宗像市は「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」、福津市は「非課税証明書(インフルエンザ予防接種用)」)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					

令和元年度高齢者インフルエンザ(65歳以上)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	3,129 生保: 4,429 (自己負担なし)	1,300	720	令和元年10月1日～令和2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緊急受診証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。 ・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。
34	鞍手町					・生活保護受給者は、持参の診療依頼書で確認のうえ、接種し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	令和元年10月1日～令和2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	令和元年10月1日～令和2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	令和元年10月1日～令和2年3月31日	・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。
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(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)。 ・A類疾病とB類疾病を分けて請求。
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	3,572 生保、市・町民税非課税世帯: 4,972 (自己負担なし)	1,400	1,653	令和元年10月1日～令和元年12月28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) ・2回目の接種は、全額自己負担(生活保護世帯、市民税非課税世帯も含む)。
45	桂川町					・生活保護世帯、町民税非課税世帯は、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 ・町民税非課税世帯は非課税証明書(令和元年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	3,432 生保、非課税世帯: 5,082 (自己負担なし)	1,650	1,364	令和元年10月7日～令和2年1月31日	・自己負担額免除者: 次の①～⑤のいずれかを添付[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。
47	大牟田市	3,426 生保: 4,426 (自己負担なし)	1,000	2,880	令和元年10月1日～令和2年1月31日	・自己負担金免除者は生活保護受給者のみ ・請求時には次の書類を添付すること (1)生活保護受給者・・・予診票に「生活保護受給証明書」を添付すること (2)60歳以上65歳未満・・・身体障害者手帳の写し又は医師の診断書を予診票に添付すること

令和元年度高齢者インフルエンザ(65歳以上)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)			
48	八女市	生保、非課税世帯: 5,038 (自己負担なし)	1,500	0	令和元年10月15日～令和元年12月31日	- 自己負担免除となる者は、市民税非課税世帯及び生活保護受給世帯の人で、事前に健康推進課(又は各支所の市民生活福祉課)で発行した「高齢者予防接種費用免除証明書」(原本)か、有効期限内の「介護保険負担限度額認定証」(写し)、「後期高齢者医療限度額適用・標準負担額認定証」(写し)、福祉課で発行した「生活保護受給証明書(原本)」を予診票に添付し請求すること。 60歳以上65歳未満の対象者は、診断書等(身体障害者手帳の写し可)を予診票に添付すること。
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	生活保護受給者: 5,027 (自己負担なし)	1,500	1,364	令和元年10月1日～令和2年12月31日	①被接種者からは自己負担1,500円を徴収するが、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5,027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3,527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	生保、非課税世帯: 5,027 (自己負担なし)	1,500	1,364	令和元年10月1日～令和2年12月31日	- 請求書には、自己負担額(1,500円)を引いた金額(3,527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。 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	生活保護受給者: 5,027 (自己負担なし)	1,500	1,364	令和元年10月1日～令和元年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	小都市	生活保護受給者: 4,972 (自己負担なし)	1,500	3,102	令和元年10月1日～令和2年1月31日	- 個人負担金免除者(市民税非課税世帯、生活保護世帯)は、以下の①～⑤のいずれかを予診票に添付。 ①後期高齢者医療限度額適用・標準負担額減額認定証(適用区分が区分Ⅰ及びⅡのもの)②介護保険料納入通知書(所得段階が1段階～3段階のもの)(当該年度のもの)③介護保険負担限度額認定証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。①、③、④は有効期限内のものに限る。 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	生活保護受給者: 4,972 (自己負担なし)	1,500	3,102	令和元年10月1日～令和2年1月31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または、介護保険限度額認定証、後期高齢者医療限度額適用・標準負担額減額認定証(適用区分Ⅰ・Ⅱ)の写しを提出して接種。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	生保・非課税世帯: 5,082 (自己負担なし)	1,650	1,364	令和元年10月1日～令和元年12月28日	- 非課税世帯、生活保護世帯、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の確認書類のいずれか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生活保護世帯受給証明書(原本)⑥支援給付証明書(原本)①②③は接種日時点で有効期限内のもの、④⑤は接種年度のものに限る。 60歳以上65歳未満の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を予診票に添付する。
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当該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	生保、非課税世帯: 5,101 (自己負担なし)	1,000	3,105	令和元年10月1日～令和元年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、市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(1級)の写し、医師の診断書などを予診票に添付して請求。
60	うきは市	生活保護受給者: 5,280 (自己負担なし)	1,620	1,946	令和元年10月1日～令和2年1月31日	生活保護受給者は自己負担免除。

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	12,386			定期 接種	高齢者肺炎球菌	5,202	
三種混合	6,842				高齢者肺炎球菌 自己負担金免除者	8,202	
ポリオ	10,472			任意 接種	高齢者肺炎球菌	5,202	
二種混合	6,611				高齢者肺炎球菌 自己負担金免除者	8,202	
MR	11,392			高齢者インフルエンザ		3,527	
麻しん	7,806			高齢者インフルエンザ 自己負担金免除者		5,027	
風しん	7,812			不可問診		3,102	
日本脳炎	7,570						
BCG	8,932						
ヒブ	10,186						
小児用肺炎球菌	13,552						
子宮頸がん予防	16,577						
水痘	10,582						
B型肝炎	8,005						
				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。

※筑紫地区各市使用欄

検 収 日	検収印
年 月 日	

2019年度予防接種委託料請求書

年 月 日

長 殿

医療機関住所

医療機関名

代表者名

印

振込先	金融機関名		銀行 信用組合 信用金庫 農協		支店
	預金種別	普通 当座	口座番号		本店
	(フリガナ)				
	口座名(漢字)				

次のとおり予防接種委託料を請求します。

(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	10,929円	枚	円
三種混合	5,411円	枚	円
二種混合(11歳～12歳)	4,757円	枚	円
ポリオ	9,731円	枚	円
麻しん・風しん混合(MR)	11,245円	枚	円
麻しん単抗原ワクチン	7,724円	枚	円
風しん単抗原ワクチン	7,735円	枚	円
麻しん・MR(皮内テスト)不可予診	6,042円	枚	円
日本脳炎	6,970円	枚	円
B C G	7,651円	枚	円
ヒブ	8,316円	枚	円
小児用肺炎球菌	11,621円	枚	円
子宮頸がん	16,337円	枚	円
水痘	10,482円	枚	円
B型肝炎	6,830円	枚	円
不可予診	3,102円	枚	円
請求金額 (計)		枚	円

※この請求書は、消費税率が10%に変更になったときに使用します。

請求は、月締めで翌月10日までに請求する。

2 0 1 9 年度高齢者インフルエンザ予防接種委託料請求書

年 月 日

長 殿

医 療 機 関 住 所
医 療 機 関 名
代 表 者 名

印

振込先	金融機関名		銀行		支店
			信用組合		
			信用金庫		
			農協		本店
	預金種別	普通 当座	口座番号		
	(フリガナ)				
	口座名(漢字)				

次のとおり予防接種委託料を請求します。

(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）	3, 2 7 7 円	枚	円
インフルエンザ （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）	4, 8 7 7 円		
不可予診	1, 1 0 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。

様式第 1 号（第 6 条第 1 項関係）

古賀市

2019 年度高齢者インフルエンザ予防接種委託料請求書

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		
口座名	フリガナ			

次のとおり予防接種委託料を請求します。

(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）	2,877円	枚	円
インフルエンザ （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）	4,877円	枚	円
不可予診	1,100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。

福岡県定期予防接種広域化
インフルエンザ予防接種済証（６５歳以上）

住 所	
氏 名	
生年月日	年 月 日生

接種を行った年月日 / 年 月 日

() 市町村長代理

医療機関住所

医療機関名称

接種医師氏名

印

「予防接種済証」は予防接種を受けたことの証明です。大切に保管してください。

福岡県定期予防接種広域化
インフルエンザ予防接種済証（６５歳以上）

住 所	
氏 名	
生年月日	年 月 日生

接種を行った年月日 / 年 月 日

() 市町村長代理

医療機関住所

医療機関名称

接種医師氏名

印

「予防接種済証」は予防接種を受けたことの証明です。大切に保管してください。

高齢者インフルエンザ予防接種済証（仮）

住所 （中間市・芦屋町・水巻町・岡垣町・遠賀町）

氏名

明治・大正・昭和 年 月 日 生
(満 歳)

予防接種を行った年月日 令和 年 月 日

【中間市・芦屋町・水巻町・岡垣町・遠賀町】

長代理

接種医師名 印

※ この仮済証は大切に保管しておきましょう。

※ これは仮の接種済証です。

正式な接種済証が必要な方は、住所地の市町村窓口でこの仮接種済証を持参の上、引き換えをお願いいたします。

高齢者インフルエンザ予防接種済証（仮）

住所 （中間市・芦屋町・水巻町・岡垣町・遠賀町）

氏名

明治・大正・昭和 年 月 日 生
(満 歳)

予防接種を行った年月日 令和 年 月 日

【中間市・芦屋町・水巻町・岡垣町・遠賀町】

長代理

接種医師名 印

※ この仮済証は大切に保管しておきましょう。

※ これは仮の接種済証です。

正式な接種済証が必要な方は、住所地の市町村窓口でこの仮接種済証を持参の上、引き換えをお願いいたします。

高齢者インフルエンザ予防接種済証（仮）

住所 （中間市・芦屋町・水巻町・岡垣町・遠賀町）

氏名

明治・大正・昭和 年 月 日 生
(満 歳)

予防接種を行った年月日 令和 年 月 日

【中間市・芦屋町・水巻町・岡垣町・遠賀町】

長代理

接種医師名 印

※ この仮済証は大切に保管しておきましょう。

※ これは仮の接種済証です。

正式な接種済証が必要な方は、住所地の市町村窓口でこの仮接種済証を持参の上、引き換えをお願いいたします。

高齢者インフルエンザ予防接種済証（仮）

住所 （中間市・芦屋町・水巻町・岡垣町・遠賀町）

氏名

明治・大正・昭和 年 月 日 生
(満 歳)

予防接種を行った年月日 令和 年 月 日

【中間市・芦屋町・水巻町・岡垣町・遠賀町】

長代理

接種医師名 印

※ この仮済証は大切に保管しておきましょう。

※ これは仮の接種済証です。

正式な接種済証が必要な方は、住所地の市町村窓口でこの仮接種済証を持参の上、引き換えをお願いいたします。