



福岡県医発第1818号(地)
令和2年10月2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2年度各市町村におけるロタウイルスワクチン及び
高齢者インフルエンザ予防接種料金表について

今般、本年10月より定期接種化されるロタウイルスワクチンについて、各市町村における当該ワクチンの接種料金を記載した一覧表及び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作成いたしました。

つきましては、貴会管下の協力医療機関への周知の程よろしくお願いいたします。

なお、本年度のインフルエンザの定期接種に係る自己負担分の取扱いについては、令和2年9月24日付け福岡県医発第1754号(地)「インフルエンザ定期接種助成事業へのご協力をお願い」にてご連絡しておりますが、各医療機関において今年度に限り窓口で実費徴収をしないよう改めて周知の程よろしくお願いいたします。

【添付資料】

- ・令和2年度各市町村定期予防接種料金一覧表（ロタウイルス追加）
- ・令和2年度インフルエンザ広域予防接種料金・実施期間一覧
- ・令和2年度福岡県定期予防接種広域化機関用マニュアル
- ・令和2年度インフルエンザ予防接種実施要領
- ・粕屋地区専用請求書
- ・古賀市専用様式（インフルエンザのみ）
- ・筑紫地区専用様式
- ・予防接種済証（広域用）
- ・予防接種済証（遠賀中間地区用）
- ・福岡市新型コロナウイルス接触確認アプリ（COCOA）の確認要領
- ・定期予防接種実績報告書兼請求書（広域分）

令和2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	ロタテック	ロタリックス	予防のみ	特記事項
北九州市		10,543	11,808	6,099	5,153 (乳幼児5,978)	11,258	11,258			10,246	10,246			6,825	6,825			7,298	7,298	7,298	7,848	17,061	9,240	12,606	9,636	7,177	10,191	15,218	3,168	予防接種を実施した月の翌月10日までに予防票の原本とその他の必要書類を添付のうえ請求。
中間市 戸屋町 水巻町 岡垣町 遠賀町	6歳未満	10,267	11,587	6,098		10,927	10,927			7,352	7,352			7,374	7,374			7,847			7,377		8,826	12,357	9,222	7,114	10,080	15,107	3,227	すべての接種を、6歳以上と6歳未満に分ける。
	6歳以上	9,442	10,762	5,273	5,537	10,102	10,102			6,527	6,527			6,549	6,549			7,022	7,022	7,022		16,647	8,001		8,397	6,289				
行橋市	6歳未満	10,142	11,297	5,808	0.1ml使用 4,752 1ml使用 5,225	10,815	10,815			7,260	7,260			7,260	7,260			7,722	7,722	7,722	7,832		8,701	12,067	9,097	0.25ml(ハビアル) 6,543 0.25ml(シリンジ) 6,585 0.5ml(ノバイアル) 6,813	10,131	15,158	3,102	接種不可の請求について ①接種不可と判断し、それが原因で診療を受けた場合は請求できない。 ②受付の段階で予防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「予防のみ」の請求は一件までとする。
	6歳以上	9,317	10,472	4,983			9,990				6,435				6,435			6,897	6,897	6,897		16,522								
苅田町	6歳未満	10,142	11,297	5,808	0.1ml使用 4,752 1ml使用 5,225	10,815	10,815			7,260	7,260			7,260	7,260			7,722	7,722	7,722	7,832		8,701	12,067	9,097	0.25ml(ハビアル) 6,543 0.25ml(シリンジ) 6,585 0.5ml(ノバイアル) 6,813	10,131	15,158	3,102	・接種不可と判断し、それが原因で診療を受けた時は請求できない。 ・受付の段階で予防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	9,317	10,472	4,983		9,990	9,990			6,435	6,435			6,435	6,435			6,897	6,897	6,897		16,522								
みやこ町	6歳未満	10,142	11,297	5,808	0.1ml使用 4,752 1ml使用 5,225	10,815	10,815			7,260	7,260			7,260	7,260			7,722	7,722	7,722	7,832		8,701	12,067	9,097	0.25ml(ハビアル) 6,543 0.25ml(シリンジ) 6,585 0.5ml(ノバイアル) 6,813	10,131	15,158	3,102	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防票を添付して、町に請求する。
	6歳以上	9,317	10,472	4,983		9,990	9,990			6,435	6,435			6,435	6,435			6,897	6,897	6,897		16,522								
豊前市		9,380	10,580	4,980	4,840	9,980	9,980			6,310	6,310			6,340	6,340			6,950	6,950	6,950	6,640	16,390	9,070	11,890	8,330	5,960	9,720	14,740	2,330	接種翌月10日までに予防票を添付して請求して下さい。
築上町		9,380	10,580	4,980	4,840	9,980	9,980			6,310	6,310			6,340	6,340			6,950	6,950	6,950	6,640	16,390	9,070	11,890	8,330	5,960	9,720	14,740	2,330	・接種翌月10日までに報告書兼請求書(様式第2号)に予防票を添付し、請求してください。 ・同時接種の不可問診(予防のみ)請求件数は1件とする。
吉富町		9,380	10,580	4,980	4,840	9,980	9,980			6,310	6,310			6,340	6,340			6,950	6,950	6,950	6,640	16,390	9,070	11,890	8,330	5,960	9,720	14,740	2,330	・接種翌月10日までに予防票を添付して請求。 ・同時接種の不可問診(予防のみ)請求件数は1件とする。
上毛町		9,380	10,580	4,980	4,840	9,980	9,980			6,310	6,310			6,340	6,340			6,950	6,950	6,950	6,640	16,390	9,070	11,890	8,330	5,960	9,720	14,740	2,330	接種翌月10日までに報告書兼請求書に予防票を添付し、請求。

令和2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	ロタテック	ロタリックス	予防のみ	特記事項
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防票（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	11,341	16,368	3,102	同日、同一施設、同一者に対する「予防のみ」の請求は一件までとする。 A類とB類については、請求書を分けて請求。 請求先 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
大野城市																													予防票（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 子どもの分は「子ども健康課」 高齢者の分は「すこやか長寿課」
筑紫野市																													同日、同一施設、同一者に対する「予防のみ」の請求は一件までとする。 A類とB類については、請求書を分けて請求。 請求先 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「予防のみ」の請求は一件までとする。
那珂川市																													同日、同一施設、同一者に対する「予防のみ」の請求は一件までとする。 予防票（ワクチンシール貼付）と請求書を翌10日までに送付。
糸島市	12,272	13,482	7,938	5,623	12,987	11,414			9,390	7,817			9,368	7,795			8,279	7,372	7,372	9,577	16,997	10,831 （小児肺炎球菌 ワクチンと同時 接種の場合 9,358）	14,197 （ヒブワクチンと 同時接種の場 合12,724）	11,227	8,472	11,535	16,562	6歳未満4,319 6歳以上3,412	・市へ直接請求。請求は毎月締め の翌月末まで。 ※報告書兼請求書（広域分）にお ける3月実施分の請求は【3月31 日】とすること（休診の場合は、前 営業日まで可）。
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	10,263	15,400	3,102	麻しん・MR（皮内テスト）不可予防 6,042円
篠栗町																													麻しん・MR（皮内テスト）不可予防 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 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 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 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 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 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 6,042円 同時接種の不可予防は1件と する。
宗像市	10,450	11,605	6,006	5,533	11,110	11,110			7,535	7,535			7,546	7,546			7,824	7,824	7,824	7,755	16,830	9,009	12,375	9,405	7,076	10,725	15,455	3,193	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 ず添付し、請求件数は1件とする。 請求先 A類・・・子ども健康課 B類・・・健康課
福津市																										10,725	15,455		同時接種時の不可問診の場合、 使用した予防票は必ず添付し、 請求件数は1件とする。 実施月でまとめた分を、翌月10日 までに予防票を添付のうえ請求。

令和2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	ロタテック	ロタリックス	予防のみ	特記事項	
久留米市	11,693	12,848	7,348	4,873	12,298	12,298			8,734	8,734			8,734	8,734			8,063	7,018	6,420	8,965	16,643	10,252	13,618	10,648	7,891	11,121	16,148	6歳未満 3168 6歳以上 1375	3ヶ月毎に(4～6月分、7～9月分、 10～12月分、1～3月分として)最 終月の翌月(7、10、1、4月)10日ま で(必ず)にまとめて請求。 請求者が法人の場合は、請求書に 法人登記印を押印すること。	
大牟田市	9,273	10,538		5,049	13,552	13,552			9,933	9,933			9,933	9,933			乳幼児 7,074 予防のみ 3,993 7歳6か月未満の 小学生 6,378 予防のみ 3,168 9歳～20歳未満 6,983 予防のみ 3,168	9歳～20歳未満 6983 予防のみ 3,168		7,513	16,588	8,767	12,298	9,163	7,007	10,439	15,268	DT、子宮頸がん予防 3,168 上記以外のワクチン 3,993		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) に予防票を添付して請求。
八女市	10,208	11,363	5,764	4,818	10,868	10,868			7,293	7,293			7,304	7,304			6月～12歳 7,788 13～20歳未満 6,963	6月～12歳 7,788 13～20歳未満 6,963	6月～12歳 7,788 13～20歳未満 6,963	7,513	16,588	8,767	12,133	9,163	6,393	9,636	14,663	3,168	・翌月の10日までに予防票を添付 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、所書き(院 長・理事長等)を付けて請求する。 ・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 を予防票に添付する。	
筑後市	10,208	11,363	5,764	4,818	10,868	10,868			7,293	7,293			7,304	7,304			6月～12歳 7,788 13～20歳未満 6,963	6月～12歳 7,788 13～20歳未満 6,963	6月～12歳 7,788 13～20歳未満 6,963	7,513	16,588	8,767	12,133	9,163	6,393	9,636	14,663	3,168	同時接種についての、予防のみの 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。	
広川町	10,208	11,363	5,764	4,818	10,868	10,868			7,293	7,293			7,304	7,304			6月～12歳 7,788 13～20歳未満 6,963	6月～12歳 7,788 13～20歳未満 6,963	6月～12歳 7,788 13～20歳未満 6,963	7,513	16,588	8,767	12,133	9,163	6,393	9,636	14,663	3,168	毎月締めの翌月10日までに、A類 とB類に請求書を分けること。	
朝倉市 筑前町 東峰村	9,163 予防のみ 1,793	10,483 予防のみ 1,793	4,994 予防のみ 1,793	5,038 予防のみ 1,375	12,243 予防のみ 2,409	12,243 予防のみ 2,409			8,685 予防のみ 2,409	8,685 予防のみ 2,409			8,690 予防のみ 2,409	8,960 予防のみ 2,409			7,108 予防のみ 1,793	7,018 予防のみ 1,375	7,018 予防のみ 1,375	8,888 予防のみ 2,409	16,044 予防のみ 1,375	7,722 予防のみ 1,793	11,253 予防のみ 1,793	9,438 予防のみ 2,409	5,913 予防のみ 1,793	9,542 予防のみ 2,409	14,938 予防のみ 2,409	各ワクチン毎に 設定	・実績報告書兼請求書に予防票を 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。 ・予防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 表者の署名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	9,977	9,977	8,657	6,820	6,402	6,402	8,668	6,831	6,413	6,413	7,480	6,897	6,314	8,877	16,522	8,349	11,880	10,527	6,690	9,240	14,575	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) に予防票を添付して請求。 ※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 する医療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。	
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	9,240	14,575	3,102	予防接種を実施した翌月までに接 種報告書兼請求書(様式第2号)に 予防票を添付して請求	
大川市	10,208	11,363	5,874	4,818 予防のみ1,375	11,088 予防のみ3,168	11,088			7,326 予防のみ3,168	7,326			7,326 予防のみ3,168	7,326			1期初回・追加 7,788 1期2回 5,588	6,963 予防のみ1,375	1期初回・追加 6,963 予防のみ1,375 1期2回 6,963 予防のみ1,375	7,733 予防のみ3,168	16,588 予防のみ1,375	8,767 予防のみ3,168	12,133 予防のみ3,168	9,163 予防のみ3,168	6,391	10,483	15,213	6歳未満3,168 6歳以上1,375	予防のみの請求は、同日で同一者 の場合は1件の請求とする。その 場合の予防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。	
大木町	10,208	11,363	5,874	3～90月未満 5,643 11～13歳未満 4,818	11,088	11,088			7,326	7,326			7,326	7,326			1期初回・追加 7,788 1期2回 5,588	6,963	初回・追加 6,963 1期2回 6,963	7,733	16,588	8,767	12,133	9,163	6,391	10,483	15,213	6歳未満3,168 6歳以上1,375	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行政へ請 求。 ※同日、同一施設、同一者に対す る予防票のみの請求は1件までと する。 請求は毎月締めの翌月10日まで	
柳川市	乳幼児 10,715 予防のみ 3,915 小学生 10,817 小学生 10,310 予防のみ 3,105	乳幼児 11,222 予防のみ 3,235 小学生 10,817 小学生 3,235		4,654 予防のみ 1,787	12,157 予防のみ 3,915	12,157 予防のみ 3,915	11,347 予防のみ 3,105	11,347 予防のみ 3,105	8,593 予防のみ 3,915	8,593 予防のみ 3,915	7,783 予防のみ 3,105	7,783 予防のみ 3,105	8,593 予防のみ 3,915	8,593 予防のみ 3,915	7,783 予防のみ 3,105	7,783 予防のみ 3,105	乳幼児 6,742 予防のみ 2,298 小学生 6,337 小学生 1,787 予防のみ 1,787	乳幼児 6,742 予防のみ 2,298 小学生 6,337 小学生 1,787 予防のみ 1,787	8,857 予防のみ 3,915	16,867 予防のみ 3,235	8,625 予防のみ 3,235	11,992 予防のみ 3,235	9,077 予防のみ 3,105	6,217 予防のみ 3,235	9,828 予防のみ3,235	14,742 予防のみ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件だけを請求。		
みやま市	乳幼児 10,715 予防のみ 3,915 小学生 10,817 小学生 10,310 予防のみ 3,105	乳幼児 11,222 予防のみ 3,235 小学生 10,817 小学生 3,235		4,654 予防のみ 1,787	12,157 予防のみ 3,915	12,157 予防のみ 3,915			8,593 予防のみ 3,915	8,593 予防のみ 3,915			8,593 予防のみ 3,915	8,593 予防のみ 3,915			乳幼児 6,742 予防のみ 2,298 小学生 6,337 小学生 1,787 予防のみ 1,787	乳幼児 6,742 予防のみ 2,298 小学生 6,337 小学生 1,787 予防のみ 1,787	8,857 予防のみ 3,915	16,867 予防のみ 3,235	8,625 予防のみ 3,235	11,992 予防のみ 3,235	9,077 予防のみ 3,105	6,217 予防のみ 3,235	9,828 予防のみ3,235	14,742 予防のみ3,235	各ワクチン毎に 設定	同日、同一施設、同一者に対する 「予防のみ」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	10,714	11,869	6,380	4,796	12,331	12,331	※10,076	※10,076	8,712	8,712	※6,457	※6,457	8,712	8,712	※6,457	※6,457	7,040	6,941	6,361	8,921	15,986	9,273	12,639	10,571	7,046	11,017	16,621	1,985	※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 る医療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。	

令和2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

※今年度に限り、自己負担分を県が助成するため、窓口で実費徴収をしないよう、よろしくお願いいたします。

	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） ※県助成金により実費徴収なし			
1	北九州市	在宅一般:3,565 施設一般:1,200 生保・非課税世帯(自己負担なし) 在宅:5,065 施設:2,700	1,500 在宅・施設減額 負担なし	3,168 (施設実施分は0)	令和2年10月1日～令和3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 3,407 入院・入所 1,232 生活保護受給者・非課税世帯 自己負担なし	1,500	3,037	令和2年10月1日～令和3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、医師意見書もしくは身体障害者手帳のコピーを予診票に添付。(医師調査票は県医師会ホームページよりダウンロード可能。) ・報告書兼請求書は、遠賀中間医師会に提出。
3	水巻町					
4	岡垣町					
5	遠賀町					
6	芦屋町					
7	行橋市	3,772 生保:4,972(自己負担なし)	1,200	0	令和2年10月1日～令和3年2月27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					・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					・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	1,000	0	令和2年10月1日～令和3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2年10月1日～令和3年1月31日	・自己負担なし

令和2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

※今年度に限り、自己負担分を県が助成するため、窓口で実費徴収をしないよう、よろしくお願いいたします。

	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） ※県助成金により実費徴収なし			
12	築上町	3,000 生保:4,000(自己負担なし)	1,000	1,000	令和2年10月1日～令和3年1月30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2年10月1日～令和3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。
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2年10月1日～令和3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)」。 ・「新型コロナウイルス接触確認アプリ(COCOA)のインストールの確認をお願いいたします。」
15	太宰府市	3527 ※自己負担金免除者:5,027(自己負担なし)	1,500	3,102	令和2年10月1日～令和3年2月28日	※今年度に限り、令和2年10月1日現在で65歳以上の人全員に自己負担全額変更通知書を送付しているため、この通知書では自己負担金免除者(生活保護・住民税非課税世帯)と確認できません。 ・「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」のうちいずれか1つを提示した場合、自己負担金免除者となる。 ・自己負担金免除者分の請求は、上記①又は②の写しを予診票に添付して請求すること。なお、①又は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でも可とする。 ・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	大野城市	3527 ※自己負担金免除者:5,027(自己負担なし)	1,500	3,102	令和2年10月1日～令和3年2月28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でも可とする。 ・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。
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2年10月1日～令和3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2年10月1日～令和3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。

令和2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

※今年度に限り、自己負担分を県が助成するため、窓口で実費徴収をしないよう、よろしくお願いいたします。

	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） ※県助成金により実費徴収なし			
22	宇美町	3,277 生保:4,877(自己負担なし)	1,600	1,100	令和2年10月1日～令和3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2年10月1日～令和3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					
31	直方市	3,189 生保:4,489(自己負担なし)	1,300	730	令和2年10月1日～令和3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。 ・予診票代筆者は、できる限り医療従事者以外が望ましい。
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2年10月1日～令和3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2年10月1日～令和3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。

令和2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

※今年度に限り、自己負担分を県が助成するため、窓口で実費徴収をしないよう、よろしくお願いいたします。

	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） ※県助成金により実費徴収なし			
39	香春町	3,500 生保：4,500(自己負担なし)	1,000	1,790	令和2年10月1日～令和3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	3,500 生保：4,500(自己負担なし)	1,000	1,790		・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	3,500 生保：4,500(自己負担なし)	1,000	1,790		・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)。 ・A類疾病とB類疾病を分けて請求。
42	赤村	3,500 生保：4,500(自己負担なし)	1,000	1,790		・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	生保、市・町民税非課税世帯：5,038(自己負担なし)	1,400	1,969	令和2年10月1日～令和3年2月27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					・市民税非課税世帯は非課税世帯証明書、生活保護世帯は、医療カードの提示で、自己負担分は無料になる
45	桂川町					・町民税非課世帯は非課税証明書(令和2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) ・生活保護世帯は診療依頼証の提示が必要。予診票にケースNoの記載が必要。 ・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。
46	久留米市	3,498 生保、非課税世帯：5,148(自己負担なし)	1,650	1,375	令和2年10月5日～令和3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令和2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	3,692	1,000	3,168	令和2年10月1日～令和3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
48	八女市	3,538 生保、非課税世帯：5,038(自己負担なし)	1,500	1,527	令和2年10月1日～令和3年1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係)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。

令和2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

※今年度に限り、自己負担分を県が助成するため、窓口で実費徴収をしないよう、よろしくお願いいたします。

	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） ※県助成金により実費徴収なし			
51	朝倉市	3,593 生保:(自己負担なし)	1,500	1,375	令和2年10月1日～令和2年12月31日	①今年度に限り、福岡県インフルエンザ定期接種自己負担額支援金交付事業を利用し、接種対象者の自己負担金は無料となる。ただし、生活保護受給者は生活保護受給証明書の添付が必要。 ②60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。 ③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	3,593 生保、非課税世帯:(自己負担なし)	1,500	1,375	令和2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	3,593 生保:(自己負担なし)	1,500	1,375	令和2年10月1日～令和2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	3,472 生活保護受給者:4,972(自己負担なし)	1,500	3,102	令和2年10月1日～令和3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	3,472 生活保護受給者:4,972(自己負担なし)	1,500	3,102	令和2年10月1日～令和3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	3,498 生保・非課税世帯:5,148(自己負担なし)	1,650	1,375	令和2年10月1日～令和2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、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					・町県民税非課税世帯・生活保護世帯の人は自己負担額無料。町県民税非課税世帯の人は次の①～④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非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インフルエンザ接種非課税世帯確認書②後期高齢者医療限度額適用・標準負担額減額認定③介護保険負担限度額認定証④令和2年度介護保険料額決定(特別徴収開始)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や腎臓、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して請求。
58	柳川市	4,101 生保、非課税世帯:5,101(自己負担なし)	1,000	3,105	令和2年10月1日～令和2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	3,726 生活保護受給者:5,346(自己負担なし)	1,620	1,985	令和2年10月1日～令和3年1月31日	・生活保護受給者は自己負担免除。

福岡県定期予防接種広域化 医療機関用マニュアル

令和2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）

① 60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
- 1 7) ロタウイルス

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。

※遠賀中間地区、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。

令和2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

- ・自己負担金は、今年度に限り、県行政が助成を行うため、窓口で実費徴収をしない。
- ・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。

※自己負担額の請求方法については、改めて連絡予定。

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2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	銀 行 信用組合			支店
	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 ）

ワクチン	単価	枚数	請求金額	ワクチン	単価	枚数	請求金額
四種混合	10,929			B C G	7,651		
三種混合	5,411			ヒブ	8,316		
二種混合	4,757			小児用 肺炎球菌	11,621		
ポリオ	9,731			子宮頸がん	16,337		
M R	11,245			水 痘	10,482		
麻しん	7,724			B型肝炎	6,830		
風しん	7,735			ロタリックス	15,400		
麻しん・MR (皮内注射) 不可予診	6,042			ロタテック	10,263		
日本脳炎	6,970			不可予診	3,102		
請求枚数（計）				請求金額（計）			

（単価：円）

※請求は、月締めで翌月10日までに請求してください。

2 0 2 0 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		本店
			農協		
	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。

令和 2 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

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。

予防接種の種類及び単価		(年 月分)	
予診票の枚数		請 求 金 額	
インフルエンザ（一般）	2, 8 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	枚	円
不可予診	1, 1 0 0 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。

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			ロタリックス	16,368		
三種混合	6,842			ロタテック	11,341		
ポリオ	10,472			定期 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			任意 接種	高齢者肺炎球菌	5,202	
麻しん	7,806				高齢者肺炎球菌 自己負担金免除者	8,202	
風しん	7,812				高齢者インフルエンザ	3,527	
日本脳炎	7,570				高齢者インフルエンザ 自己負担金免除者	5,027	
BCG	8,932				不可問診	3,102	
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	
										フリガナ	
										氏 名	
預金種目	普通預金	口座番号									
	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。

※筑紫地区各市使用欄

検収日	検収印
年 月 日	

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。

新型コロナウイルス接触確認アプリ（COCOA）の確認について

受付時に COCOA のインストールについて、以下の1～3のいずれかによりご確認頂き、福岡市提出の予診票の右上に「COCOA☑」とご記入ください。

1. スマートフォンに COCOA をインストールしていることを確認した。
※ご家族の方のインストールでも可能です。
2. スマートフォンに COCOA をインストールしていないため、
受付にてチラシを渡すなど、インストールの勧奨を行った。
3. スマートフォンを持っていない、またはソフトウェアが古いなどにより、
インストールできないことを確認した。

【記入例】

ここに記入

インフルエンザ予防接種予診票						高齢者定期予防接種用	
太枠の中のみご記入ください							
住 所					ふりがな		
					氏 名		
生年月日	明治・大正・昭和	年	月	日生 (満 歳)	性 別	男 ・ 女	
診 察 前 の 体 温					度 分		
質 問 事 項					回 答 欄		医師記入欄
今日のインフルエンザの予防接種について福岡市から配られている説明書を読みましたか。					いいえ	はい	
今日の予防接種の効果や副反応などについて理解しましたか。					いいえ	はい	
現在、何か病気にかかっていますか。病名()					はい	いいえ	
治療(投薬など)を受けていますか。					はい	いいえ	
その病気の主治医には、今日の予防接種を受けてもよいと言われましたか。					いいえ	はい	
免疫不全と診断されたことがありますか。					はい	いいえ	
今日、体に具合の悪いところがありますか。 具合の悪い症状を書いてください。()					はい	いいえ	
薬や食品で皮膚に発疹やじんましんが出たり、体の具合が悪くなったことがありますか。					はい	いいえ	
インフルエンザの予防接種を受けたことがありますか。					いいえ	はい	
①その際に具合が悪くなったことはありますか。					はい	いいえ	
②インフルエンザ以外の予防接種の際に具合が悪くなったことはありますか。					はい	いいえ	
ひきつけ(けいれん)を起こしたことがありますか。					はい	いいえ	
1か月以内に予防接種を受けましたか。					はい	いいえ	

福岡市からのお知らせ



新型コロナウイルス

接触確認アプリ（COCOA）を入れよう！

あなたと大切な人の命を守るために、
接触確認アプリ（COCOA）を活用しましょう。



まずはインストールを

- ・ COCOAは、新型コロナウイルス感染症の陽性者と接触した可能性について、通知を受けることができるアプリです。
（1メートル以内、15分以上の接触をした可能性）
- ・ 接触に関する記録は、端末の中だけで管理し、外には出ません。
どこで、いつ、誰と接触したのかは、互いにわかりません。
- ・ 本アプリをインストール後、ブルートゥース（スマートフォンの近接通信機能）をオンにすると接触情報を記録します。

App StoreまたはGoogle Playで「接触確認アプリ」で検索してインストールしてください。



（App Store）



（Google Play）



新型コロナウイルス
接触確認アプリについて
（厚労省HP）

通知が届いたら

- ・ 本アプリの通知が届いた方については、陽性者と接触した日が2週間以内の場合は、症状がない場合や感染者の心当たりがない場合も、希望すれば無料で検査を受けることができます。（症状によっては、診察料が発生する場合があります。）
- ・ 通知が届いた方は、福岡市新型コロナウイルス感染症相談ダイヤル（092-711-4126）までご相談ください。
- ・ なお、本アプリで通知が届いたことのみをもって「濃厚接触者※」となるものではありません。

※濃厚接触者とは、陽性者と近距離で接触、或いは長時間接触し、感染の可能性が相対的に高くなっている方を指します。濃厚接触者は、検査結果が陰性となった場合であっても、感染した方と接触した後14日間は不要不急の外出を控えるなどの必要があります。

令和 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				ロタリックス			
BCG				ロタテック			
高齢者インフルエンザ [*]				不可問診			
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	円		

※ 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 氏 名	
預金種目	普通預金 当座預金 貯蓄預金	口座番号			

※ 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。

令和 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	ロタリックス	ロタテック	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 氏名	
預金 種 目	普通預金 当座預金 貯蓄預金	口座 番号			

※ 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。

令和 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				ロタリックス			
BCG				ロタテック			
高齢者インフルエンザ [*]				不可問診			
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	円		

※ 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 氏名	
預金 種 目	普通預金 当座預金 貯蓄預金	口座 番号			