



福岡医発第 1752 号 (地)
令和 6 年 9 月 25 日

各 医 師 会 長 殿

福 岡 県 医 師 会
会 長 蓮 澤 浩 明
(公 印 省 略)

令和 6 年度インフルエンザ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 6 年度インフルエンザ予防接種実施要領と各市町村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解いただき、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。

なお、

- 1) 大任町の接種料金については、現時点で未定ですので、決定次第、ホームページ上の同一覧表を更新いたします。
- 2) 新型コロナワクチンの接種料金については、現時点で半数程度の市町村が料金未定であるため、取りまとめ次第、改めてご連絡いたします。
- 3) 新型コロナワクチンが定期接種に追加されたことに伴い、委任状等のワクチンの項目を追記しておりますことを申し添えます。
- 4) 本件につきましては、本会ホームページに掲載しておりますことを申し添えます。

【添付資料】

- ① 令和 6 年度インフルエンザ予防接種実施要領
- ② 令和 6 年度インフルエンザ広域予防接種料金・実施期間一覧
- ③ 委任書・変更届・実績報告書兼請求書
- ④ 糟屋地区専用請求書（インフルエンザのみ）
- ⑤ 予防接種済証（広域用）
- ⑥ 予防接種済証（遠賀中間地区用）

【本会ホームページ】

ホーム > 医師の皆様 > 感染症・予防接種 > 定期予防接種

URL : https://www.fukuoka.med.or.jp/doctors/kansenshou/teiki_yobou_seshu.html

小郡三井医師会より

予防接種担当理事 工藤嘉公
会長 島田昇二郎

令和6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)

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6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

R6/9/25

	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	(1)在宅 3,565 施設 1,200 (2)生保・非課税世帯(自己負担なし) 在宅5,065 施設 2,700	1,500	3,168 (施設実施分は0)	令和6年10月1日～令和7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(保険料段階が1～3のもの)」、「印鑑カード」、「生活保護受給証明書」、「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、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。
2	中間市	①外来(課税世帯) : 3,369 ②外来(減免) : 4,869 ③施設・入院(課税世帯) : 1,195 ④施設・入院(減免) : 2,695	①外来(課税世帯) : 1,500 ②外来(減免) : 0 ③施設・入院(課税世帯) : 1,500 ④施設・入院(減免) : 0	2,977	令和6年10月1日～令和7年3月31日	(1)生活保護受給者及び非課税世帯の者は、自己負担金免除。 減免確認については、次のいずれかで行うものとする。 ①事前に市町から交付を受けた予診票(無料) ②減免確認書類(下記のいずれか。確認が取れた場合は、予診票裏面の減免確認項目チェック欄の記入をお願いします。) ・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 ※オンライン資格確認等システム導入済み医療機関に限り、マイナ保険証でも確認可。 ・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 (2)入所施設とは、介護老人保健施設、介護療養型医療施設、特別養護老人ホーム、養護老人ホーム、ケアハウス等にて、定期的に健康管理を行う医師が接種する場合とする。 (3)「予診のみ(不可問診)」の支払いにおいて、施設実施分は認められない。 (4)予診票の代筆は家族、親族とする。家族等ができない場合は職員(医師・看護師を除く)でも可。 (5)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級に相当)については、同障害が確認できる医師調査票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。) (6)報告および請求は下記のとおり。 ①遠賀中間医師会加入医療機関:遠賀中間医師会に報告および請求。 ②①以外:直接市町へ請求。
3	水巻町					
4	岡垣町					
5	遠賀町					
6	芦屋町					
7	行橋市	3,860 生保:5,060(自己負担なし)	1,200	0	令和6年10月1日～令和7年2月28日	・60歳以上65歳未満で心臓・腎臓又は呼吸器の機能に障害があり身の周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。 ・生活保護受給者中の方は、保護受給証明書の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	3,860 生保:5,060(自己負担なし)	1,200	0	令和6年10月1日～令和7年2月28日	・生活保護世帯の方は自己負担免除。接種の時に、必ず医療機関に生活保護受給者証を提示してもらう。 ・生活保護世帯者分の請求は、予診票の右上に受給者証番号を記載して請求。 ・60歳以上65歳未満で、 ・心臓・腎臓又は呼吸器の機能に障がい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) ・ヒト免疫不全ウイルスによる免疫の機能に障がい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)は、身障手帳のコピーまたは医師意見書を添付してください。
9	みやこ町	3,860 生保:5,060(自己負担なし)	1,200 生保は自己負担なし	0	令和6年10月1日～令和7年2月28日	・生活保護世帯の方は自己負担免除。医療機関で診療依頼書の提示で無料。 ・請求時は、診療依頼書に記載の生保番号を予診票の右上余白に記載。 ・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	1,000	令和6年10月1日～令和7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6年10月1日～令和7年1月31日	60～65歳未満で、心臓・腎臓・呼吸器の機能に日常生活が極度に制限される程度の障がいのある方、及び、ヒト免疫不全ウイルスにより日常生活がほとんど不可能な程度の障がいがある方は、身体障害者手帳の写しもしくは医師の意見書を添付。
12	築上町	3,000 生保:4,000(自己負担なし)	1,000	1,000	令和6年10月1日～令和7年1月31日	・生活保護世帯の方は自己負担免除。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を記載。 ・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。
13	吉富町	3,000 生保:4,000(自己負担なし)	1,000	1,000	令和6年10月1日～令和7年1月31日	・生活保護世帯の方は診療依頼書の提示で自己負担免除。予診票(余白)にケース番号を記入して請求。 ・60～65歳未満で心臓、腎臓もしくは呼吸器の障害がある方または免疫機能に障害がある方は、身体障害者手帳の写しまたは医師の意見書を添付して請求。

令和6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	接種地の料金(A+B)-1,500 生保等:接種地の料金(A+B)（自己負担なし）	1,500	接種地の料金	令和6年10月1日～令和7年3月31日	・「接種地」とは「接種を実施した医療機関の所在地の市町村」を表す。 ・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	太宰府市	3,527 ※自己負担金免除者:5,027(自己負担なし)	1,500	3,102	令和6年10月1日～令和7年3月31日	【自己負担免除証明書類について】 以下の場合には、自己負担金を無料とします。 ・被接種者が、市が発行する①自己負担金免除通知書、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のうちいずれか一つを提示した場合 ・医療機関において、④生活保護法医療券(医療券連名簿)に名前が記載されていることを確認した場合 ・医療機関において、被接種者が後期高齢者医療被保険者であり、⑤オンライン資格確認により負担区分が「区分Ⅰ」もしくは「区分Ⅱ」であることを確認した場合 【添付書類について】 ・①については、原本を添付すること。 ・②、③、④については、写しを添付すること。ただし、予診票下部に確認した書類名及び自己負担金免除対象者である旨を記載することで写し添付の省略を可とする。 ・⑤については、予診票下部に「区分Ⅰ」もしくは「区分Ⅱ」である旨を記載することにより、添付書類は不要とする。 ・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(等級が確認できるもの)を添付すること。
16	春日市					
17	大野城市					
18	筑紫野市					
19	那珂川市					
20	糸島市	3,967 自己負担金免除者:5,467(自己負担なし)	1,500	3,484	令和6年10月1日～令和7年3月31日	・生活保護世帯、市県民税非課税世帯は無料対象者確認書類の提示により自己負担金が無料。【無料対象者確認書類】「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」「介護保険納入通知書兼特別徴収変更(停止)通知書(所得段階1～3・最新のもの)」「生活保護受給証」「保護受給証明書」「生活保護法医療券」「生活保護法介護券」「自己負担金無料通知書」・自己負担金無料者の請求は、確認書類のコピーを予診票に添付。「自己負担金無料通知書」のみ原本を添付。・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がいがある者については、対象とした理由や不可問診とした理由を、予診票の備考欄に記載して提出。
21	古賀市	3,365 生保:4,965(自己負担なし)	1,600	3,168	令和6年10月1日～令和7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。請求には、、生活保護受給者は「診療依頼書」等、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。 ・60歳以上65歳未満の対象者は、身体障がい者手帳の写し(障がいの程度がわかる部分)を予診票に添付する。
22	宇美町	3,365 生保:4,965(自己負担なし)	1,600	3,168	令和6年10月1日～令和7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。 ・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)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。
23	粕屋町	3,365 生保:4,965(自己負担なし)	1,600	3,168	令和6年10月1日～令和7年1月31日	・生活保護世帯の方は自己負担免除。診療依頼書を接種の際に提示。 ・生活保護世帯者分の請求は、必ず診療依頼書(写し)を予診票に添付して請求。 ・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)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。 ・中国残留邦人等支援法に基づく支給対象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。
24	篠栗町	3,365 生保:4,965(自己負担なし)	1,600	3,168	令和6年10月1日～令和7年3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。 ・60歳から65歳未満の対象者は、身体障害者手帳で確認し、予診票にその写しを添付する。
25	志免町	3,365 生保:4,965(自己負担なし)	1,600	3,168	令和6年10月1日～令和7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。 ・中国残留邦人等支援法に基づく支給対象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。 ・60歳から65歳未満の対象者は、身体障害者手帳で確認し、予診票にその写しを添付する。

令和6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）			
26	新宮町	3,365 生保：4,965（自己負担なし）	1,600	3,168	令和6年10月1日～令和7年1月31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周りの生活を極度に制限される人又は、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人（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。 ・生活保護世帯の人は自己負担免除。福祉事務所交付の診療依頼書等で確認してください。 ・生活保護世帯者分の請求は、必ず確認書類（診療依頼書等）の写しを予診票に添付して請求してください。 ・請求先B類：〒811-0119 新宮町緑ヶ浜4-3-1 新宮町福祉センター内 健康福祉課健康づくり担当
27	須恵町	3,365 生保：4,965（自己負担なし）	1,600	3,168	令和6年10月1日～令和7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。 ・中国残留邦人等支援法に基づく支給対象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。 ・60歳以上65歳未満の対象者は、身体障害者手帳で確認し、予診票にその写し（障害程度が分かる部分）を添付する。
28	久山町	3,365 生保：4,965（自己負担なし）	1,600	3,168	令和6年10月1日～令和7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」（入院中の方は「医療券の写し（接種月分）」でも可）、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」を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。
29	宗像市	3,385 生保・非課税世帯：4,785（自己負担なし）	1,400	3,258	令和6年10月1日～令和7年3月31日	・生活保護世帯の方は自己負担免除。「診療依頼書」が事前に市から交付を受けた「生活保護受給証明書」を接種の際に提示。 ・生活保護世帯者分の請求は、必ず診療依頼書か証明書の写しを予診票に添付して請求。 ・非課税世帯の方は自己負担免除。「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」又は市が発行するインフルエンザ予防接種用の証明書「宗像市インフルエンザ予防接種費用徴収免除対象者証明書」を接種の際に提示。 ・非課税世帯者分の請求は、必ず認定証の写しか証明書の原本を予診票に添付して請求。
30	福津市	3,385 生保：4,785（自己負担なし） 非課税世帯の人：4,785（自己負担なし）	1,400	3,258	令和6年10月1日～令和7年3月31日	・自己負担に係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、または市が発行する「非課税証明書（インフルエンザ予防接種用）」の原本を提示。 ・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）または、医師の診断書を添付して請求。 ・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。
31	直方市	3,209 生保：4,509（自己負担なし）	1,300	730	令和6年10月1日～令和7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して請求。 ・代筆の場合、家族もしくは被接種者の日頃の状態をよく理解している人の署名に限る（氏名・続柄を記入）。
32	宮若市	3,209 生保：4,509（自己負担なし）	1,300	730	令和6年10月1日～令和7年3月31日	・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	3,209 生保：4,509（自己負担なし）	1,300	730	令和6年10月1日～令和7年3月31日	・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	3,209 生保：4,509（自己負担なし）	1,300	730	令和6年10月1日～令和7年3月31日	・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6年10月1日～令和7年3月31日	・A類疾病とB類疾病に分けて請求。 ・満60歳から満65歳未満の方で、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）を有する方は、同障害が確認できる身体障害者手帳の写しまたは医師の証明書を添付。 【自己負担金免除者】 ・生活保護受給者は、生活保護受給者証明書を予診票に添付して請求。 ・中国残留邦人等に対する支援給付受給中の方は、支援給付受給者本人確認証の写しを予診票に添付して請求。
36	糸田町	3,500 生保：4,500（自己負担なし）	1,000	1,790	令和6年10月1日～令和7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。 ・A類疾病とB類疾病を分けて請求すること。
37	大任町 （予定）	4,500 （自己負担なし）	0	1,790	令和6年10月1日～令和7年3月31日	・65歳以上は自己負担なし。（全額公費負担） ・A類疾病とB類疾病に分けて請求。 ・60歳から65歳未満の対象者は身体障害者手帳を予診票に添付の上請求。 ・生活保護受給者は、生活保護受給証明書等で確認の上接種し、写しを予診票に添付のうえ請求。 ・請求については町独自の請求書にて請求。
38	川崎町	4,500	0	1,790	令和6年10月1日～令和7年3月31日	・1人1回に限る。 ・接種日に年齢65歳以上の者。 ・接種日に年齢60歳以上65歳未満の者で次のいずれかに該当する者。（身体障害者手帳のコピーの添付が必要） ①心臓、腎臓、呼吸器の機能に重い障害を有する者のうち、当該障害の程度が身体障害者等1級程度であることが明らかな者。 ②ヒト免疫不全ウイルスにより免疫機能に重い障害を有する者のうち、当該障害の程度が身体障害者等1級程度であることが明らかな者。

令和6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）			
39	香春町	3,500 生保：4,500（自己負担なし）	1,000	1,790	令和6年10月1日～令和7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	令和6年10月1日～令和7年3月31日	・65歳以上の生活保護者は自己負担免除 ・生活保護受給者は、診療依頼書（世帯員名簿・確認票）の写し添付のうえ請求 ・60歳から65歳未満の対象者で身体障害者手帳1級程度を有するものは、同障害が確認できる身体障害者手帳の写しを添付のうえ請求 ・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	令和6年10月1日～令和7年3月31日	・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）の写しを添付の上請求。 ・60歳以上65歳未満の心臓・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）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（障害の程度がわかる部分）を添付のうえ請求 ・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	令和6年10月1日～令和7年3月31日	・生活保護世帯の方は医療機関に診療依頼書の写しを提示のうえ、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）。 ・A類疾病とB類疾病を分けて請求。
43	飯塚市	（バイアル）一般3,626 市民税非課税世帯5,126 生活保護世帯5,126 （シリンジ）一般3,835 市民税非課税世帯5,335 生活保護世帯5,335	1,500	3,201	令和6年10月1日～令和6年12月30日	生活保護世帯、市民税非課税世帯は自己負担額を免除。 ※生活保護世帯は、接種する医療機関の受付に医療カードを提示し、医療機関は予診票に医療カードの番号を記入する。市民税非課税世帯は、事前に市から非課税世帯証明書の交付を受け、接種する医療機関の受付に提出する。提示・提出せずに接種した場合の接種料金（自己負担金）は、市は払い戻しをしない。請求の際は、必ず非課税世帯証明書（原本）を予診票に添付する。
44	嘉麻市	（一般）バイアル 3,626 シリンジ 3,835 （生活保護・非課税世帯） バイアル 5,126 シリンジ 5,335	1,500	3,201	令和6年10月1日～令和6年12月30日	生活保護者・市民税非課税世帯は、医療機関の窓口で必要書類提出で自己負担免除。 ・生活保護者：印鑑登録書兼医療カードを確認し、予診票にケース番号を記載するか、コピーの添付・ ・市民税非課税世帯：令和6年1月1日時点の住所地から発行された非課税世帯証明書を医療機関窓口で提出。（提出された非課税世帯証明書は請求の際に予診票に添付） ・60～64歳の該当者は、予診票に身体障害者の疾患名および手帳番号を記載するか、手帳のコピーを添付。手帳がなく医師の照明で接種される方は、医師の証明書を添付。（自己負担の免除については、65歳以上の方と同様）
45	桂川町	（バイアル）一般 3,626 市民税非課税世帯 5,126 生活保護 5,126 （シリンジ）一般 3,835 市民税非課税世帯 5,335 生活保護 5,335	1,500	3,201	令和6年10月1日～令和6年12月30日	・町民税非課税世帯は非課税証明書（令和5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。
46	久留米市	3,520 生保、非課税世帯：5,170（自己負担なし）	1,650	3,168	令和6年10月1日～令和7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6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	3,651 生保：4,651（自己負担なし）	1,000	3,201	令和6年10月1日～令和7年1月31日	・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	3,626 生保、非課税世帯：5,126（自己負担なし）	1,500	1,527	令和6年10月1日～令和7年3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、事前に本庁健康推進課・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生」（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）、令和6年度分の「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段階のもの）（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	3,626 生保、非課税世帯：5,126（自己負担なし）	1,500	1,527	令和6年10月1日～令和7年3月31日	・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。 ・自己負担免除となる者は、「高齢者予防接種費用免除対象者証明書」の原本か、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」、「令和6年度 介護保険料納入通知書（所得段階が第1～3段階のものに限る）」いずれかのコピーを予診票に添付して請求。 ・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請求。

令和6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）			
50	広川町	3,626 生保、非課税世帯:5,126(自己負担額なし)	1,500	1,527	令和6年10月1日～令和7年3月31日	・非課税世帯及び生活保護世帯は次の①～⑤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・標準負担額認定証(有効期限内のもの) ④診療依頼書(生活保護受給者) ⑤介護保険料決定通知書・介護保険料納入通知書(所得段階1～3段階(非課税)) ※請求の際は、①は原本、②～③はコピーを予診票に添付する。 ・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)を予診票に添付して請求する。
51	朝倉市	3,615 生保:5,115(自己負担なし)	1,500	1,375	令和6年10月1日～令和7年1月31日	・被接種者からは自己負担額1,500円を徴収するが、県広域接種の場合の市への請求額は、全額の5,115円とする(市からは被接種者自己負担額1,500円を差し引いた3,615円が支払われる)。 ・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。 ・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確認すること。 ・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	3,615 生保:5,115(自己負担なし)	1,500	1,375	令和6年10月1日～令和7年1月31日	・生活保護受給者については、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」で確認し、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(1級)の写しを予診票に添付して請求。
53	東峰村	3,615 生保:5,115(自己負担なし)	1,500	1,375	令和6年10月1日～令和7年1月31日	・生活保護世帯の方は自己負担免除。医療券等の本人が持参する証明書で確認。 ・生活保護世帯者分の請求は、必ず証明書の写しを予診票に添付して請求。
54	小都市	3,538 市民税非課税世帯・生活保護世帯:5,038 (自己負担なし)	1,500	3,168	令和6年10月1日～令和7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。①予防接種用非課税確認書②生活保護受給証明書③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)④介護保険負担限度額認定証⑤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Ⅰ及びⅡのもの)①、②は原本を、③、④、⑤は写しを予診票の裏面に添付する。 いずれも有効期限内のものに限る。60歳以上65歳未満の者は身体障がい者手帳の写し、医師の診断書などを予診票に添付して請求。
55	大刀洗町	3,538 非課税世帯、生保:5,038(自己負担なし)	1,500	3,168	令和6年10月1日～令和7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。予診票に添付の上、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) ・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。
56	大川市	3,520 生保・非課税世帯:5,170(自己負担なし)	1,650	1,375	令和6年10月1日～令和7年1月31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(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は接種年度ののものに限る。②をオンライン資格確認した場合、予診票下部の医療機関記入欄の「オンライン資格確認」に○をつける、または「オンライン資格確認済」と記載すること。添付書類は不要。 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。
57	大木町	3,520 生保・非課税世帯:5,170(自己負担なし)	1,650	1,375	令和6年10月1日～令和7年1月31日	・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被接種者が医療機関へ提示し、医療機関は((①は原本、それ以外は写し)を)予診票へ添付のうえ請求する。①季節性インフルエンザワクチン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証③介護保険負担限度額認定証④令和6年度介護保険料額決定通知書(所得段階1～3段階に限る) ①は大木町役場健康課窓口にて無料発行 ②または生活保護世帯についてオンライン資格確認を行う場合は、専用の予診票と同意書を用いる。様式は大木町役場ホームページから印刷可能 ・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	4,121 生保:5,121(自己負担なし)	1,000	3,168	令和6年10月1日～令和7年1月31日	・生活保護世帯の人は自己負担免除。事前に市から保護証明書の交付を受け、接種の際に提示。証明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(1級)写しや医師の診断書などを予診票に添付して請求。 ・今年度から、非課税世帯の自己負担金免除はなし。
59	みやま市	4,121 生保:5,121(自己負担なし)	1,000	3,168	令和6年10月1日～令和7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。証明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(1級)写しや医師の診断書などを予診票に添付して請求。
60	うきは市	3,803 生活保護受給者:5,423(自己負担なし)	1,620	3,201	令和6年10月1日～令和7年1月31日	生活保護受給者の方は自己負担免除。

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。

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

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-Hib	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	ヒブ
小児用 肺炎球菌	水痘	高齢者用 肺炎球菌	B型肝炎	ロタウイルス	新型コロナ ウイルス		

(※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。)

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※ホームページの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-Hib	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	ヒブ
小児用 肺炎球菌	水痘	高齢者用 肺炎球菌	B型肝炎	ロタウイルス	新型コロナ ウイルス		

住 所 _____

医療機関名 _____

管理者名 _____

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
五種混合				子宮頸がん (9価)			
四種混合				ヒブ			
三種混合				小児用 肺炎球菌			
二種混合				ポリオ			
麻しん				水痘			
風しん				高齢者用 肺炎球菌			
M R				高齢者用肺炎球菌 自己負担免除者			
日本脳炎 乾燥細胞ワクチン				B型肝炎			
BCG				ロタリックス			
高齢者インフルエンザ [*]				ロタテック			
高齢者インフルエンザ [*] 自己負担免除者				新型コロナ ウイルス			
子宮頸がん (2・4価)				不可問診			
				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	
				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。

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	五種混合	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 (2・ 4価)	計
ワクチン 市町村	子宮頸 がん (9価)	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	新型コロナ ウイルス	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。

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
五種混合				子宮頸がん (9価)			
四種混合				ヒブ			
三種混合				小児用 肺炎球菌			
二種混合				ポリオ			
麻しん				水痘			
風しん				高齢者用 肺炎球菌			
M R				高齢者用肺炎球菌 自己負担免除者			
日本脳炎 乾燥細胞ワクチン				B型肝炎			
BCG				ロタリックス			
高齢者インフルエンザ [*]				ロタテック			
高齢者インフルエンザ [*] 自己負担免除者				新型コロナ ウイルス			
子宮頸がん (2・4価)				不可問診			
				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	

令和 6 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		
	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, 3 6 5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, 9 6 5円		
不可予診	3, 1 6 8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。