

## 2 B類疾病

### ・高齢者インフルエンザ

接種期間	令和 5年10月 1日 ~ 令和 6年1月31日		
対象者	①	接種日当日に65歳以上の者	
	②	60歳以上65歳未満の者であって、心臓、腎臓も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の機能に障害を有する者	
予防接種の種類	委託料金（消費税10%含む）		接種上の留意点
		市町村負担額	
17インフルエンザ	自己負担徴収者	3,800	1,200
	自己負担免除者	5,000	
自己負担免除者	・本人の申請があった場合は、接種前に下記へ電話してください。		
60歳以上65歳未満の心・腎・肺等機能不全者	・本人の申請があった場合は、接種前に下記へ電話してください。 ・予診票の医師記入欄に、厚生労働省局長通知第二の定期の予防接種対象者の記号を記載してください。		
特記事項	<ul style="list-style-type: none"> <li>・接種希望の意思が確認できない場合、原則として接種しない。</li> <li>・予診票の被接種者希望欄は自署を原則とし、自署できない場合は代筆者が署名とするが、代筆者は家族等、医療機関・施設の職員以外の者とし、代筆者氏名及び被接種者との続柄を明記する。</li> </ul>		

### ・高齢者用肺炎球菌

接種期間	令和5年4月1日 ~ 令和6年3月31日		
対象者	①	令和5年度中に65歳、70歳、75歳、80歳、85歳、90歳、95歳、100歳となる者	
	②	60歳以上65歳未満の者であって、心臓、腎臓も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の機能に障害を有する者	
予防接種の種類	委託料金（消費税10%含む）		接種上の留意点
		市町村負担額	
18高齢者用肺炎球菌	自己負担徴収者	5,720	3,000
	自己負担免除者	8,720	
自己負担免除者			
60歳以上65歳未満の心・腎・肺等機能不全者	・本人の申請があった場合は、接種前に下記へ電話してください。 ・予診票の医師記入欄に、厚生労働省局長通知第二の定期の予防接種対象者の記号を記載してください。		
特記事項	<ul style="list-style-type: none"> <li>・申請制度のため本村の予診票を持参した者のみとする。</li> <li>・接種希望の意思が確認できない場合、原則として接種しない。</li> <li>・予診票の被接種者希望欄は自署を原則とし、自署できない場合は代筆者が署名とするが、代筆者は家族等、医療機関・施設の職員以外の者とし、代筆者氏名及び被接種者との続柄を明記する。</li> </ul>		

### ・B類疾病予診のみ

19（B類）予診のみ *引き続き医療となった場合を除く	委託料金（消費税含む）	留意点

<p>問い合わせ 片品村 保健福祉課 保健係 TEL 0278-58-2118 FAX 0278-58-2110</p>
--

**2 B類疾病**  
**・高齢者インフルエンザ**

接種期間	令和 5年 10月 1日 ~ 令和 6年 1月 31日		
対象者	①	接種日当日に65歳以上の者	
	②	60歳以上65歳未満の者であって、心臓、腎臓も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の機能に障害を有する者	
予防接種の種類	委託料金（消費税10%含む）		接種上の留意点
		市町村負担額	
17インフルエンザ	自己負担徴収者	3,800	1,200
	自己負担免除者	5000	
自己負担免除者	本人から申請があった場合には、接種前に担当課に連絡して下さい。		
60歳以上65歳未満の心・腎・肺等機能不全者	本人から申請があった場合には、接種前に担当課に連絡して下さい。また、予診票の医師記入欄に確認した日付と余白に厚生労働省局長通知の定期接種対象者の記号を記載してください。		
特記事項	<ul style="list-style-type: none"> <li>・接種希望者の意思確認ができない場合には、原則として接種しないでください。</li> <li>・被接種者署名欄は、自署を原則としていますが、自署できない場合には医療従事者以外で本人の状況をよく理解している者を代筆とし、代筆者氏名及び接種者との続柄を記載してください。</li> </ul>		

**・高齢者用肺炎球菌**

接種期間	令和5年4月1日 ~ 令和6年3月31日		
対象者	①	令和5年度中に65歳、70歳、75歳、80歳、85歳、90歳、95歳、100歳となる者	
	②	60歳以上65歳未満の者であって、心臓、腎臓も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の機能に障害を有する者	
予防接種の種類	委託料金（消費税10%含む）		接種上の留意点
		市町村負担額	
18高齢者用肺炎球菌	自己負担徴収者	5,720円	3,000円
	自己負担免除者	8,720円	
自己負担免除者	本人から申請があった場合には、接種前に担当課に連絡して下さい。		
60歳以上65歳未満の心・腎・肺等機能不全者	本人から申請があった場合には、接種前に担当課に連絡して下さい。また、予診票の医師記入欄に確認した日付と余白に厚生労働省局長通知の定期接種対象者の記号を記載してください。		
特記事項	<ul style="list-style-type: none"> <li>・接種希望者の意思確認ができない場合には、原則として接種しないでください。</li> <li>・被接種者署名欄は、自署を原則としていますが、自署できない場合には医療従事者以外で本人の状況をよく理解している者を代筆とし、代筆者氏名及び接種者との続柄を記載してください。</li> </ul>		

**・B類疾病予診のみ**

19（B類）予診のみ *引き続き医療となった場合を除く	委託料金（消費税含む）	留意点

問い合わせ 川場村役場 健康福祉課 健康保険係 TEL 0278-52-2111 FAX 0278-52-2333
--

2 B類疾病  
・高齢者インフルエンザ

接種期間	令和5年10月1日 ~ 令和6年 1月31日		
対象者	①	接種日当日に65歳以上の者	
	②	60歳以上65歳未満の者であって、心臓、腎臓も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の機能に障害を有する者	
予防接種の種類	委託料金（消費税10%含む）		接種上の留意点
	市町村負担額	自己負担額	
17インフルエンザ	自己負担徴収者	3,800 円	1,200 円
	自己負担免除者	5,000 円	
自己負担免除者	生活保護受給者		
60歳以上65歳未満の心・腎・肺等機能不全者	・予診票の質問事項3番目右の医師記入欄に、厚生労働省令の該当する記号を記載してください。		
特記事項	対象者には、個別に予防接種受診シールを配布しています。予診票は相互乗り入れ用予診票を使用いただき、受診シールを予診票左上に貼付の上、ご対応ください。		

・高齢者用肺炎球菌

接種期間	令和5年4月1日 ~ 令和6年3月31日		
対象者	①	令和5年度中に65歳、70歳、75歳、80歳、85歳、90歳、95歳、100歳となる者	
	②	60歳以上65歳未満の者であって、心臓、腎臓も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の機能に障害を有する者	
予防接種の種類	委託料金（消費税10%含む）		接種上の留意点
	市町村負担額	自己負担額	
18高齢者用肺炎球菌	自己負担徴収者	5,720 円	3,000 円
	自己負担免除者	8,720 円	
自己負担免除者	生活保護受給者		
60歳以上65歳未満の心・腎・肺等機能不全者	・予診票の質問事項4番目右の医師記入欄に、厚生労働省令の該当する記号を記載してください。		
特記事項	対象者には、個別に定期接種予診票を配布しています。		

・B類疾病予診のみ

19（B類）予診のみ *引き続き医療となった場合を除く	委託料金（消費税含む）	留意点
		円

問い合わせ 昭和村役場健康福祉課健康係 TEL 0278-25-3285 FAX 0278-24-5254
--

2 B類疾病  
・高齢者インフルエンザ

接種期間	令和5年10月1日 ~ 令和6年 1月31日		
対象者	①	接種日当日に65歳以上の者	
	②	60歳以上65歳未満の者であって、心臓、腎臓も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の機能に障害を有する者	
予防接種の種類	委託料金（消費税10%含む）		接種上の留意点
	市町村負担額	自己負担額	
17インフルエンザ	自己負担徴収者	3,800 円	1,200 円
	自己負担免除者	5,000 円	
自己負担免除者	生活保護受給者		
60歳以上65歳未満の心・腎・肺等機能不全者	・予診票の質問事項3番目右の医師記入欄に、厚生労働省令の該当する記号を記載してください。		
特記事項	対象者には、個別に予防接種受診シールを配布しています。予診票は相互乗り入れ用予診票を使用いただき、受診シールを予診票左上に貼付の上、ご対応ください。		

・高齢者用肺炎球菌

接種期間	令和5年4月1日 ~ 令和6年3月31日		
対象者	①	令和5年度中に65歳、70歳、75歳、80歳、85歳、90歳、95歳、100歳となる者	
	②	60歳以上65歳未満の者であって、心臓、腎臓も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の機能に障害を有する者	
予防接種の種類	委託料金（消費税10%含む）		接種上の留意点
	市町村負担額	自己負担額	
18高齢者用肺炎球菌	自己負担徴収者	5,720 円	3,000 円
	自己負担免除者	8,720 円	
自己負担免除者	生活保護受給者		
60歳以上65歳未満の心・腎・肺等機能不全者	・予診票の質問事項4番目右の医師記入欄に、厚生労働省令の該当する記号を記載してください。		
特記事項	対象者には、個別に定期接種予診票を配布しています。		

・B類疾病予診のみ

19（B類）予診のみ *引き続き医療となった場合を除く	委託料金（消費税含む）	留意点
		円

問い合わせ 沼田市健康福祉部健康課予防係 TEL 0278-23-2111 FAX 0278-24-5179
---

## 2 B類疾病

### ・高齢者インフルエンザ

接種期間	令和 5年10月 1日 ~ 令和 6年1月31日		
対象者	①	接種日当日に65歳以上の者	
	②	60歳以上65歳未満の者であって、心臓、腎臓も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の機能に障害を有する者	
予防接種の種類	委託料金（消費税10%含む）		接種上の留意点
		市町村負担額	
17インフルエンザ	自己負担徴収者	3,800円	1,200円
	自己負担免除者	5,000円	/
自己負担免除者	生活保護世帯 ・本人の口頭による申請があった場合は、接種前に下記へ電話で確認してください。		
60歳以上65歳未満の心・腎・肺等機能不全者	・予診票の医師記入欄に厚生労働省局長通知第二の予防接種対象者の記号を記載してください。（本人または家族の申請でなく医師の診断が必要です）		
特記事項	<ul style="list-style-type: none"> <li>・被接種者の意思確認が出来ない場合は、原則接種しない。</li> <li>・インフルエンザ予防接種希望書の被接種者署名欄は自署を原則とする。代筆者は家族等とし、医療機関・福祉施設の職員は不可とする。</li> </ul>		

### ・高齢者用肺炎球菌

接種期間	令和5年4月1日 ~ 令和6年3月31日		
対象者	①	令和5年度中に65歳、70歳、75歳、80歳、85歳、90歳、95歳、100歳となる者	
	②	60歳以上65歳未満の者であって、心臓、腎臓も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の機能に障害を有する者	
予防接種の種類	委託料金（消費税10%含む）		接種上の留意点
		市町村負担額	
18高齢者用肺炎球菌	自己負担徴収者	5,720円	3,000円
	自己負担免除者	8,720円	/
自己負担免除者	生活保護世帯 ・本人の口頭による申請があった場合は、接種前に下記へ電話で確認してください。		
60歳以上65歳未満の心・腎・肺等機能不全者	・予診票の医師記入欄に厚生労働省局長通知第二の予防接種対象者の記号を記載してください。（本人または家族の申請でなく医師の診断が必要です）		
特記事項	<ul style="list-style-type: none"> <li>・被接種者の意思確認が出来ない場合は、原則接種しない。</li> <li>・高齢者肺炎球菌ワクチン予防接種希望書の被接種者署名欄は自署を原則とする。代筆者は家族等とし、医療機関・福祉施設の職員は不可とする。</li> </ul>		

### ・B類疾病予診のみ

19（B類）予診のみ *引き続き医療となった場合を除く	委託料金（消費税含む）	留意点
	/	

問い合わせ	
みなかみ町役場 子育て健康課	
TEL	0278-62-2527
FAX	0278-62-6610