

# 【差し替え版】

市町村名 伊勢崎市

## 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  | 3,950円  | 対象者には必要書類送付 |
|  | 自己負担免除者  | 4,950円  |             |
| 自己負担免除者  | 生活保護世帯及び中国残留邦人等の支援給付世帯の者で、自己負担免除を希望する場合は、必ず受給者証等で確認してください。該当の場合は、予診票の15 「1生活保護世帯等に属する者」の1を○で囲んでください。 |   |             |
| 60歳以上65歳未満の心・腎・肺等機能不全者   | 初めて接種する場合には、事前に本市で申請が必要となります。  |   |             |
| 特記事項<br>◆ 振込先は必ず記載してください。<br>◆ 請求金額欄は訂正出来ません。その他の訂正は必ず二重線と訂正印をお願いします（修正液等使用不可）。<br>◆ 印鑑は朱肉を使い、鮮明に押印願います。 |  |   |             |

## ・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  | 6,290円  | 対象者には必要書類送付済。<br>なお、過去に接種歴（任意接種含む）がある者は、接種から5年経過していても定期接種対象外です。 |
|  | 自己負担免除者  | 8,290円  |   |
| 自己負担免除者  | 生活保護世帯及び中国残留邦人等の支援給付世帯の者で、自己負担免除を希望する場合は、必ず受給者証等で確認してください。該当の場合は、予診票の15 「1生活保護世帯等に属する者」の1を○で囲んでください。 |   |   |
| 60歳以上65歳未満の心・腎・肺等機能不全者   | 初めて接種する場合には、事前に本市で申請が必要となります。  |   |   |
| 特記事項<br>◆ 振込先は必ず記載してください。<br>◆ 請求金額欄は訂正出来ません。その他の訂正は必ず二重線と訂正印をお願いします（修正液等使用不可）。<br>◆ 印鑑は朱肉を使い、鮮明に押印願います。 |  |   |   |

## ・B類疾病予診のみ

|                                |             |     |
|--------------------------------|-------------|-----|
| 19（B類）予診のみ<br>*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  
伊勢崎市健康づくり課保健予防係  
TEL 0270-27-2746 (ダイヤル)  
FAX 0270-26-1808

## 【差し替え版】

市町村名

板倉町

### 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   | 4,390   | 1,000   |
|                        | 自己負担免除者   | 5,390   | /       |
| 自己負担免除者                | 生活保護世帯のかた及び町が認めたかた「予診票に免除の赤印あり」                               |   |         |
| 60歳以上65歳未満の心・腎・肺等機能不全者 | 希望者に専用予診票（裏面に該当事項を記載したもの）を交付。該当事項の記入をお願いします。委託料は個人負担徴収者と同様です。 |   |         |
| 特記事項                   |   |   |         |

#### ・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   | 6,570   | 2,000   |
|                        | 自己負担免除者   | 8,570   | /       |
| 自己負担免除者                | 生活保護世帯のかた及び町が認めたかた「予診票に免除の赤印あり」                               |   |         |
| 60歳以上65歳未満の心・腎・肺等機能不全者 | 希望者に専用予診票（裏面に該当事項を記載したもの）を交付。該当事項の記入をお願いします。委託料は個人負担徴収者と同様です。 |   |         |
| 特記事項                   |   |   |         |

#### ・B類疾病予診のみ

|                                |             |     |
|--------------------------------|-------------|-----|
| 19（B類）予診のみ<br>*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

板倉町健康介護課健康推進係 赤石

T E L 0276-82-3757

F A X 0276-82-3754

# 【差し替え版】

|      |     |
|------|-----|
| 市町村名 | 邑楽町 |
|------|-----|

## 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  | 4,390円  | 1,000円  |
|                        | 自己負担免除者  | 5,390円  | /       |
| 自己負担免除者                | <ul style="list-style-type: none"> <li>・専用の予診票を使用してください。予診票に「免除」（赤）の印があります。</li> <li>・本人の口頭による申請があった場合、事前に邑楽町保健センターへ連絡してください。</li> </ul> |   |         |
| 60歳以上65歳未満の心・腎・肺等機能不全者 | <ul style="list-style-type: none"> <li>・専用の予診票を使用してください。</li> <li>・本人の口頭による申請があった場合、事前に邑楽町保健センターへ連絡してください。</li> </ul>                    |   |         |
| 特記事項                   |  |   |         |

### ・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  | 6,570円  | 2,000円  |
|                        | 自己負担免除者  | 8,570円  | /       |
| 自己負担免除者                | <ul style="list-style-type: none"> <li>・専用の予診票を使用してください。予診票に「免除」（赤）の印があります。</li> <li>・本人の口頭による申請があった場合、事前に邑楽町保健センターへ連絡してください。</li> </ul> |   |         |
| 60歳以上65歳未満の心・腎・肺等機能不全者 | <ul style="list-style-type: none"> <li>・専用の予診票を使用してください。</li> <li>・本人の口頭による申請があった場合、事前に邑楽町保健センターへ連絡してください。</li> </ul>                    |   |         |
| 特記事項                   |  |   |         |

### ・B類疾病予診のみ

|                                |             |     |
|--------------------------------|-------------|-----|
| 19（B類）予診のみ<br>*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  
 邑楽町保健センター  
 TEL : 0276-88-5533  
 FAX : 0276-88-5528

**【差し替え版】**

|      |     |
|------|-----|
| 市町村名 | 大泉町 |
|------|-----|

**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  | 金4,390円   | 専用予診票持参のこと。 |
|                        | 自己負担免除者  | 金5,390円   |             |
| 自己負担免除者                | 上記対象者で生活保護世帯の者   |   |             |
| 60歳以上65歳未満の心・腎・肺等機能不全者 | 専用予診票が必要です。接種前に、障害の確認できる書類（障害者手帳等）を持参し、健康づくり課窓口で専用予診票を取りに来てください。 |   |             |
| 特記事項                   |  |   |             |

・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  | 金6,570円   | 専用予診票持参のこと。 |
|                        | 自己負担免除者  | 金8,570円   |             |
| 自己負担免除者                | 上記対象者で生活保護世帯の者   |   |             |
| 60歳以上65歳未満の心・腎・肺等機能不全者 | 専用予診票が必要です。接種前に、障害の確認できる書類（障害者手帳等）を持参し、健康づくり課窓口で専用予診票を取りに来てください。 |   |             |
| 特記事項                   |  |   |             |

・B類疾病予診のみ

|                                |             |     |
|--------------------------------|-------------|-----|
| 19（B類）予診のみ<br>*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<br>大泉町健康づくり課 柴崎<br>TEL 0276-62-2121<br>FAX 0276-62-2108 |
|---|

## 【差し替え版】

市町村名 神流町

### 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3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   | 1,000   |
|                        | 自己負担免除者                  | 4,800   | /       |
| 自己負担免除者                | 町が発行する生活保護世帯である証明書を提出した者 |   |         |
| 60歳以上65歳未満の心・腎・肺等機能不全者 | 予診票に必要事項の記載をして下さい。       |   |         |
| 特記事項                   |                          |   |         |

#### ・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                  | 6,500   | 1,000   |
|                        | 自己負担免除者                  | 7,500   | /       |
| 自己負担免除者                | 町が発行する生活保護世帯である証明書を提出した者 |   |         |
| 60歳以上65歳未満の心・腎・肺等機能不全者 | 予診票に必要事項の記載をして下さい。       |   |         |
| 特記事項                   |                          |   |         |

#### ・B類疾病予診のみ

|                                |             |     |
|--------------------------------|-------------|-----|
| 19（B類）予診のみ<br>*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 |
|                                | 730         |     |

#### 問い合わせ

神流町役場 保健福祉課 保健係  
TEL (0274) 57-2111  
FAX (0274) 57-3399

# 【差し替え版】

市町村名 桐生市

## 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   | 3,500   | 1,500   |
|                        | 自己負担免除者   | 5,000   |         |
| 自己負担免除者                | <ul style="list-style-type: none"> <li>生活保護世帯で、本人より申請があった人が対象になります。</li> <li>申し出があった場合は、接種前に桐生市へ電話連絡してください。「負担金免除申請書」をFAXしますので、本人に記入してもらい、請求時に予診票と一緒に提出してください。</li> </ul> |   |         |
| 60歳以上65歳未満の心・腎・肺等機能不全者 | <ul style="list-style-type: none"> <li>対象者へは事前に受診券（シール）を配付しています。</li> <li>配付のない人から申請があった場合は、接種前に桐生市へ電話連絡してください。</li> </ul>  |   |         |
| 特記事項                   | <p>「各種検診・インフルエンザ予防接種通知書」の中に、氏名等を印字した受診券シールを同封しています。窓口にて予診票の住所・氏名欄に貼付してください。（予診票用紙は同封していませんので相互乗り入れ用の予診票をご使用ください。）受診券シールのない場合は、桐生市へ連絡し、予診票の余白にお伝えする番号をご記入ください。</p>         |   |         |

## ・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  | 6,290   | 2,000   |
|                        | 自己負担免除者  | 8,290   |         |
| 自己負担免除者                | <ul style="list-style-type: none"> <li>生活保護世帯で、本人より申請があった人が対象になります。</li> <li>申し出があった場合は、接種前に桐生市へ電話連絡してください。「負担金免除申請書」をFAXしますので、本人に記入してもらい、請求時に予診票と一緒に提出してください。</li> </ul>  |   |         |
| 60歳以上65歳未満の心・腎・肺等機能不全者 | <ul style="list-style-type: none"> <li>対象者へは事前に予診票を配付しています。</li> <li>配付のない人から申請があった場合は、接種前に桐生市へ電話連絡してください。</li> </ul>  |   |         |
| 特記事項                   | <ul style="list-style-type: none"> <li>年齢等で該当する人には、氏名等を印字した定期接種用の予診票を郵送しています。桐生市発行の予診票がない場合は、桐生市へ連絡し、確認してから接種してください。</li> <li>桐生市では、接種日65歳以上の人の任意接種費用の一部を助成（生涯1回2,000円）していますが、相互乗り入れの医療機関には適用できません。（対象者からのお問い合わせの際は、その旨をお伝えいただきたく、よろしくお願い申し上げます。）</li> </ul> |   |         |

## ・B類疾病予診のみ

|                                |             |     |
|--------------------------------|-------------|-----|
| 19（B類）予診のみ<br>*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 |
|                                | 1,380       |     |

問い合わせ  
A類 桐生市子育て相談課母子保健係 町田  
〒376-0045 桐生市末広町13番地の4  
TEL0277-43-2000 FAX0277-47-1151  
B類 桐生市健康長寿課成人保健係 三浦  
〒376-8501 桐生市織姫町1番1号  
TEL0277-46-1111 FAX0277-45-2940

【差し替え版】

|      |     |
|------|-----|
| 市町村名 | 館林市 |
|------|-----|

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                      | 4,390   | 1,000   |
|                        | 自己負担免除者                      | 5,390   | /       |
| 自己負担免除者                | 対象者であって、生活保護法に規定する被保護世帯に属する者 |   |         |
| 60歳以上65歳未満の心・腎・肺等機能不全者 |                              |   |         |
| 特記事項                   |                              |   |         |

・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                      | 6,570   | 2,000   |
|                        | 自己負担免除者                      | 8,570   | /       |
| 自己負担免除者                | 対象者であって、生活保護法に規定する被保護世帯に属する者 |   |         |
| 60歳以上65歳未満の心・腎・肺等機能不全者 |                              |   |         |
| 特記事項                   |                              |   |         |

・B類疾病予診のみ

|                                |             |     |
|--------------------------------|-------------|-----|
| 19（B類）予診のみ<br>*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<br>館林市健康推進課母子保健係 澤部<br>TEL 0276-74-5155<br>FAX 0276-75-6555 |
|---|

【差し替え版】

市町村名 玉村町

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                          | 3,950   | 接種当日に満65歳以上であるか確認をお願いします。 |
|                        | 自己負担免除者                          | 4,950   |                           |
| 自己負担免除者                | 生活保護世帯                           |   |                           |
| 60歳以上65歳未満の心・腎・肺等機能不全者 |                                  |   |                           |
| 特記事項                   | ①の対象者は昭和33年12月29日以前に生まれた満65歳以上の人 |   |                           |

・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              | 6,290   |         |
|                        | 自己負担免除者              | 8,290   |         |
| 自己負担免除者                | 生活保護世帯               |   |         |
| 60歳以上65歳未満の心・腎・肺等機能不全者 |                      |   |         |
| 特記事項                   |                      |   |         |

・B類疾病予診のみ

|                                |             |     |
|--------------------------------|-------------|-----|
| 19（B類）予診のみ<br>*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  
玉村町 健康福祉課 健康管理係  
(玉村町保健センター)  
TEL 0270-64-7706  
FAX 0270-65-2592

**【差し替え版】**

市町村名 千代田町

**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                                  | 昭和33年12月31日までに生まれた満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の障害を有する者 |         |
| 予防接種の種類                | 委託料金（消費税含む）                        |   | 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              | 個人負担徴収者                            | 4,390   | 1,000   |
|                        | 個人負担免除者                            | 5,390   |         |
| 自己負担免除者                | 生活保護世帯                             |   |         |
| 60歳以上65歳未満の心・腎・肺等機能不全者 | 60歳以上65歳未満の心・腎・肺等機能不全者用予診票に該当事項を記載 |   |         |
| 特記事項                   | 助成対象者に証明書は発行せず、予診票右下に「免除」の赤印を押す    |   |         |

**・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の障害を有する者 |         |
| 予防接種の種類                | 委託料金（消費税含む）                        |   | 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             | 個人負担徴収者                            | 6,570   | 2,000   |
|                        | 個人負担免除者                            | 8,570   |         |
| 自己負担免除者                | 生活保護世帯                             |   |         |
| 60歳以上65歳未満の心・腎・肺等機能不全者 | 60歳以上65歳未満の心・腎・肺等機能不全者用予診票に該当事項を記載 |   |         |
| 特記事項                   | 助成対象者に証明書は発行せず、予診票右下に「免除」の赤印を押す    |   |         |

**・B類疾病予診のみ**

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

問い合わせ  
千代田町役場健康子ども課(総合保健福祉センター内)  
電話 0276-86-5411 FAX 0276-86-5400

# 【差し替え版】

|      |     |
|------|-----|
| 市町村名 | 藤岡市 |
|------|-----|

## 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（令和5年12月31日までに65歳以上になった者に限る）   |         |
|                        | 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（令和4年12月31日までに60歳以上で、障害を有することになった者に限る） |         |
| 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   | 3,915   | 1200    |
|                        | 自己負担免除者   | 5,115   |         |
| 自己負担免除者                | 自治体が発行した自己負担免除者証明書又は生活保護受給者書を提出した者  |   |         |
| 60歳以上65歳未満の心・腎・肺等機能不全者 | 医療機関で予診票裏面に必要事項の記載のあった者   |   |         |
| 特記事項                   | 問い合わせは藤岡市役所健康づくり課健康増進係<br>Tel 0274-22-1211（代表）内線2807 0274-40-2808（直通）FAX 0274-22-7502 |   |         |

## ・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   | 6,250   | 2,000   |
|                        | 自己負担免除者   | 8,250   |         |
| 自己負担免除者                | 自治体が発行した自己負担免除者証明書又は生活保護受給者書を提出した者  |   |         |
| 60歳以上65歳未満の心・腎・肺等機能不全者 | 医療機関で予診票裏面に必要事項の記載のあった者   |   |         |
| 特記事項                   | 問い合わせは藤岡市役所健康づくり課健康増進係<br>Tel 0274-22-1211（代表）内線2807 0274-40-2808（直通）FAX 0274-22-7502 |   |         |

## ・B類疾病予診のみ

|                                |             |     |
|--------------------------------|-------------|-----|
| 19（B類）予診のみ<br>*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<br>藤岡市子ども課母子保健係 黒柳<br>TEL 0274-40-2268<br>FAX 0274-22-7502 |
|--|

## 【差し替え版】

市町村名 前橋市

### 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  | 昭和33年12月31日以前生まれで接種日当日に65歳以上の者   |         |
|                        | ②  | 令和5年12月31日までに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  | 3,725円   | 1,500円  |
|                        | 自己負担免除者  | 5,225円   |         |
| 自己負担免除者                | 本人から申請があった場合は、生活保護世帯及び中国残留邦人等の円滑な帰国の促進及び永住帰国後の自立の支援に関する法律による支援給付受給世帯に該当する場合であることを生活保護受給票等で確認してください。また、予診票の記入は「1生活保護世帯等に属するもの」の1を○で囲んでください。 |  |         |
| 60歳以上65歳未満の心・腎・肺等機能不全者 | <ul style="list-style-type: none"> <li>厚生労働省令該当者であることを確認の上、予診を行ってください。</li> <li>予診票は配布してありませんので、本人から市へ予診票を請求させてから接種してください。</li> </ul>      |  |         |
| 特記事項                   | 対象者①には、9月下旬に予診票を配布（郵送）しますので、原則として予診票が届いてから接種するよう、お願いいたします。   |  |         |

#### ・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  | 6,948円  | 2,000円  |
|                        | 自己負担免除者  | 8,948円  |         |
| 自己負担免除者                | （・高齢者インフルエンザに同じ）   |   |         |
| 60歳以上65歳未満の心・腎・肺等機能不全者 | （・高齢者インフルエンザに同じ）   |   |         |
| 特記事項                   | 対象者①には、5月上旬に予診票を配布（郵送）しますので、原則として予診票が届いてから接種するよう、お願いいたします。 |   |         |

#### ・B類疾病予診のみ

|                                |             |     |
|--------------------------------|-------------|-----|
| 18（B類）予診のみ<br>*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 |
|                                | 803円        |     |

#### 問い合わせ

前橋市 保健予防課 予防接種係

T E L 027-220-5779

F A X 027-212-3708

【差し替え版】

|      |     |
|------|-----|
| 市町村名 | 明和町 |
|------|-----|

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  | 4,390円  | 1,000円  |
|                        | 自己負担免除者  | 5,390円  |         |
| 自己負担免除者                | 生活保護世帯のみ   |   |         |
| 60歳以上65歳未満の心・腎・肺等機能不全者 | 専用の予診票が保健センターにあります。裏面該当事項を記入の上接種してください。町負担4,390円・自己負担1,000円、生活保護世帯のみ個人負担免除 |   |         |
| 特記事項                   |  |   |         |

・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  | 6,570円  | 2,000円  |
|                        | 自己負担免除者  | 8,570円  |         |
| 自己負担免除者                | 生活保護世帯のみ   |   |         |
| 60歳以上65歳未満の心・腎・肺等機能不全者 | 専用の予診票が保健センターにあります。裏面該当事項を記入の上接種してください。町負担6,570円・自己負担2,000円、生活保護世帯のみ個人負担免除 |   |         |
| 特記事項                   |  |   |         |

・B類疾病予診のみ

|                                |             |     |
|--------------------------------|-------------|-----|
| 19（B類）予診のみ<br>*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<br>明和町保健センター 小沼<br>TEL 0276-60-5917<br>FAX 0276-60-5918 |
|---|