

【差し替え版】

市町村名 安中市

2 B類疾病

・高齢者インフルエンザ

接種期間	令和6年10月1日 ~ 令和7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	
18インフルエンザ	自己負担徴収者	3,750	1,200
	自己負担免除者	4,950	
自己負担免除者	上記対象者で生活保護に属する者中国残留邦人の支援等を受けている者は、自己負担が免除となります。対象者は、安中市の予診票に「確認証」が添付されています。「確認証」が無い場合は市で確認しますので下記までご連絡ください。		
60歳以上65歳未満の心・腎・肺等機能不全者	専用の予診票がありますので、そちらを使用してください。（予診票は下記までご連絡いただければ送付します。）予診票の裏面に各障害のチェック項目がありますので、予診時に確認し、医師がサインをしてください。		
特記事項	生活保護に属する者と中国残留邦人の支援等を受けている者に接種した場合は、予診票の右上に「全額助成対象者」と赤で記入してください。また、予診票に添付している「確認証」については市へ提出してください。		

・新型コロナウイルス感染症

接種期間	令和6年10月1日 ~ 令和7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	
19新型コロナウイルス感染症	自己負担徴収者	12,600	3,000
	自己負担免除者	15,600	
自己負担免除者	上記対象者で生活保護に属する者中国残留邦人の支援等を受けている者は、自己負担が免除となります。対象者は、安中市の予診票に「確認証」が添付されています。「確認証」が無い場合は市で確認しますので下記までご連絡ください。		
60歳以上65歳未満の心・腎・肺等機能不全者	専用の予診票がありますので、そちらを使用してください。（予診票は下記までご連絡いただければ送付します。）予診票の裏面に各障害のチェック項目がありますので、予診時に確認し、医師がサインをしてください。		
特記事項	生活保護に属する者と中国残留邦人の支援等を受けている者に接種した場合は、予診票の右上に「全額助成対象者」と赤で記入してください。また、予診票に添付している「確認証」については市へ提出してください。		

・高齢者用肺炎球菌

接種期間	令和6年4月1日 ~ 令和7年3月31日		
対象者	①	65歳の者（65歳の誕生日前日から66歳の誕生日を迎える前日まで）	
	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	
20高齢者用肺炎球菌	自己負担徴収者	6,660	2,000
	自己負担免除者	8,660	
自己負担免除者	上記対象者で生活保護に属する者中国残留邦人の支援等を受けている者は、自己負担が免除となります。対象者は、安中市の予診票に「確認証」が添付されています。「確認証」が無い場合は市で確認しますので下記までご連絡ください。		
60歳以上65歳未満の心・腎・肺等機能不全者	専用の予診票がありますので、そちらを使用してください。（予診票は下記までご連絡いただければ送付します。）予診票の裏面に各障害のチェック項目がありますので、予診時に確認し、医師がサインをしてください。		
特記事項	生活保護に属する者と中国残留邦人の支援等を受けている者に接種した場合は、予診票の右上に「全額助成対象者」と赤で記入してください。また、予診票に添付している「確認証」については市へ提出してください。		

・B類疾病予診のみ

21（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
安中市健康づくり課予防係
TEL 027-382-1111(内線1172)
FAX 027-381-7016

【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 6年 10月 1日 ~ 令和 7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	
18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 「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 ◆ 振込先は必ず記載してください。 ◆ 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）。 ◆ 印鑑は朱肉を使い、鮮明に押印願います。			

・高齢者新型コロナウイルス感染症

接種期間	令和 6年 10月 1日 ~ 令和 7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	
19新型コロナウイルス感染症	自己負担徴収者	12,300円	対象者には必要書類送付
	自己負担免除者	15,300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 「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 ◆ 振込先は必ず記載してください。 ◆ 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）。 ◆ 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 6年 4月 1日 ~ 令和 7年 3月 31日		
対象者	① 65歳の者（65歳の誕生日の前日から66歳の誕生日を迎える前日まで）		
	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	
20高齢者用肺炎球菌	自己負担徴収者	6,290円	2,000円
	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16 「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 ◆ 振込先は必ず記載してください。 ◆ 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）。 ◆ 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

21（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
伊勢崎市健康づくり課保健予防係
TEL 0270-27-2746（ダイヤルイン）
FAX 0270-23-9800

【差し替え版】

市町村名 太田市

2 B類疾病

・高齢者インフルエンザ

接種期間	令和 6年 10月 1日 ~ 令和 7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	
18インフルエンザ	自己負担徴収者	4,137	1,000
	自己負担免除者	5,137	
自己負担免除者	生活保護受給世帯 中国残留邦人等の支援給付受給世帯 ※受給証明書（写）を予診票裏面に貼付してあるか確認してください		
60歳以上65歳未満の心・腎・肺等機能不全者	申し出により予診票を発行		
特記事項 ※請求書の医療機関名は口座名義人と同一、請求日は実施月の月末日としてください ※請求書の印鑑は朱肉を使うもので押印 シャチハタ印の場合再提出していただきます			

・高齢者新型コロナウイルス感染症

接種期間	令和 6年 10月 1日 ~ 令和 7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	
19新型コロナウイルス感染症	自己負担徴収者	12,587	3,000
	自己負担免除者	15,587	
自己負担免除者	生活保護受給世帯 中国残留邦人等の支援給付受給世帯 ※受給証明書（写）を予診票裏面に貼付してあるか確認してください		
60歳以上65歳未満の心・腎・肺等機能不全者	申し出により予診票を発行		
特記事項 ※請求書の医療機関名は口座名義人と同一、請求日は実施月の月末日としてください ※請求書の印鑑は朱肉を使うもので押印 シャチハタ印の場合再提出していただきます			

・高齢者用肺炎球菌

接種期間	令和6年4月1日 ~ 令和7年3月31日		
対象者	① 65歳の者（65歳の誕生日の前日から66歳の誕生日を迎える前日まで）		
	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	
20高齢者用肺炎球菌	自己負担徴収者	6,313	2,000
	自己負担免除者	8,313	
自己負担免除者	生活保護受給世帯 中国残留邦人等の支援給付受給世帯 ※受給証明書（写）を予診票裏面に貼付してあるか確認してください		
60歳以上65歳未満の心・腎・肺等機能不全者	申し出により予診票を発行		
特記事項 ※請求書の医療機関名は口座名義人と同一、請求日は実施月の月末日としてください ※請求書の印鑑は朱肉を使うもので押印 シャチハタ印の場合再提出していただきます			

・B類疾病予診のみ

21（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
	0	

問い合わせ
太田市健康づくり課管理係 飯塚
TEL 0276-46-5115
FAX 0276-46-5293

【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6年10月1日 ~ 令和7年2月28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	
18インフルエンザ	自己負担徴収者	4,200	1,000
	自己負担免除者	5,200	
自己負担免除者	<ul style="list-style-type: none"> 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。 申し出があった場合には、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。 		
60歳以上65歳未満の心・腎・肺等機能不全者	<ul style="list-style-type: none"> 対象者には事前に受診券（シール）を配布しています。 配布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。 		
<p>【特記事項】 「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、桐生市へ連絡してください。予診票の余白に記入する番号をお伝えします。</p>			

・高齢者新型コロナウイルス感染症

接種期間	令和6年10月1日 ~ 令和7年2月28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	
19新型コロナウイルス感染症	自己負担徴収者	12,740	3,000
	自己負担免除者	15,740	
自己負担免除者	<ul style="list-style-type: none"> 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。 申し出があった場合には、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。 		
60歳以上65歳未満の心・腎・肺等機能不全者	<ul style="list-style-type: none"> 対象者には事前に予診票を配布しています。 配布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。 		
<p>【特記事項】 ・対象者には9月下旬に予診票を郵送しています。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。</p>			

・高齢者用肺炎球菌

接種期間	令和6年4月1日 ~ 令和7年3月31日		
対象者	① 65歳の者（65歳の誕生日の前日から66歳の誕生日を迎える前日まで）		
	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	
20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"> 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。 申し出があった場合には、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。 		
60歳以上65歳未満の心・腎・肺等機能不全者	<ul style="list-style-type: none"> 対象者には事前に予診票を配布しています。 配布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。 		
<p>【特記事項】 ・65歳になった翌月に予診票を郵送しています。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。・桐生市では、接種日66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では適用できません。</p>			

・B類疾病予診のみ

21（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
	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
TEL 0277-43-2003 FAX 0277-47-1151

B類 桐生市地域医療感染症対策室
〒376-8501 桐生市織姫町1番1号
TEL 0277-44-8250 FAX 0277-45-2940

【差し替え版】

市町村名 渋川市

2 B類疾病

・高齢者インフルエンザ

接種期間	令和6年10月1日 ~ 令和7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	
18インフルエンザ	自己負担徴収者	3,615円	1,500円
	自己負担免除者	5,115円	
自己負担免除者	生活保護受給者が対象です。本人の口頭による申請があった場合は、接種前に渋川市へ電話で確認してください。予診票右上の市町村確認欄に確認した日付を記入し、「該当」に○をつけてください。		
60歳以上65歳未満の心・腎・肺等機能不全者	予診票住所欄の上の「接種当日60歳～64歳で、心臓、腎臓、もしくは呼吸器等の機能に極度の障害を有する」にチェックを入れ、慢性疾患を問う欄に病名を入れてください。		
特記事項	<ul style="list-style-type: none"> 必ず、保険証等で接種当日の年齢、住所を確認してください。 予診票は65歳以上の方全員に個別に郵送していますので、できる限り個別に送付した予診票を使用してください（60歳～64歳は申請により発行）。※延長により対象となる1月に65歳になる方には郵送しませんので、渋川市保健センターへ問い合わせるようお願いいただくか、相互乗り入れの予診票を使用してください。 		

・高齢者新型コロナウイルス感染症

接種期間	令和6年10月1日 ~ 令和7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	自己負担額	
19新型コロナウイルス感染症	自己負担徴収者	14,200円	1,500円
	自己負担免除者	15,700円	
自己負担免除者	生活保護受給者が対象です。本人の口頭による申請があった場合は、接種前に渋川市へ電話で確認してください。予診票右上の市町村確認欄に確認した日付を記入し、「該当」に○をつけてください。		
60歳以上65歳未満の心・腎・肺等機能不全者	予診票住所欄の上の「接種当日60歳～64歳で、心臓、腎臓、もしくは呼吸器等の機能に極度の障害を有する」にチェックを入れ、慢性疾患を問う欄に病名を入れてください。		
特記事項	<ul style="list-style-type: none"> 必ず、保険証等で接種当日の年齢、住所を確認してください。 予診票は65歳以上の方全員に個別に郵送していますので、できる限り個別に送付した予診票を使用してください（60歳～64歳は申請により発行）。 		

・高齢者用肺炎球菌

接種期間	令和6年4月1日 ~ 令和7年3月31日		
対象者	① 65歳の者（65歳の誕生日の前日から66歳の誕生日を迎える前日まで）		
	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	
20高齢者用肺炎球菌	自己負担徴収者	6,840円	2,000円
	自己負担免除者	8,840円	
自己負担免除者	生活保護受給者が対象です。本人の口頭による申請があった場合は、接種前に渋川市へ電話で確認してください。予診票右上の市町村確認欄に確認した日付を記入し、「該当」に○をつけてください。		
60歳以上65歳未満の心・腎・肺等機能不全者	対象者となるかをご確認の上、予診票の慢性疾患を問う欄に病名を入れてください。		
特記事項	<ul style="list-style-type: none"> 必ず、保険証等で接種当日の年齢、住所を確認してください。 予診票は65歳の方全員に個別に郵送していますので、できる限り個別に送付した予診票を使用してください（60歳～64歳は申請により発行）。 		

・B類疾病予診のみ

21（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
 渋川市健康増進課管理・予防係
 高橋・小幡
 TEL 0279-25-1321
 FAX 0279-20-1037

【差し替え版】

市町村名 榛東村

2 B類疾病
・高齢者インフルエンザ

接種期間	令和6年10月1日 ~ 令和7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	
18インフルエンザ	自己負担徴収者	4,115	1,000
	自己負担免除者	5,115	
自己負担免除者	生活保護受給者が対象です。本人の口頭による申請があった場合は、接種前に榛東村保健相談センターへ電話で確認してください。予診票右上の市町村確認済の欄に確認日と、「該当」に○を記入してください。		
60歳以上65歳未満の心・腎・肺等機能不全者	住所上欄の（接種当日60歳～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）を○で囲み、予診票上の慢性疾患を問う欄に病名を記入してください。		
特記事項	・必ず健康保険証等で予診票に記載されている名前、接種当日の年齢、住所を確認してください。 ・予診票は対象者に郵送しています。相互乗り入れの予診票でも接種可能です。		

・高齢者新型コロナウイルス感染症

接種期間	令和6年10月1日 ~ 令和7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	自己負担額	
19新型コロナウイルス感染症	自己負担徴収者	12,700	3,000
	自己負担免除者	15,700	
自己負担免除者	生活保護受給者が対象です。本人の口頭による申請があった場合は、接種前に榛東村保健相談センターへ電話で確認してください。予診票右上の市町村確認済の欄に確認日と、「該当」に○を記入してください。		
60歳以上65歳未満の心・腎・肺等機能不全者	住所上欄の（接種当日60歳～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）を○で囲み、予診票上の慢性疾患を問う欄に病名を記入してください。		
特記事項	・必ず健康保険証等で予診票に記載されている名前、接種当日の年齢、住所を確認してください。 ・予診票は対象者に郵送しています。相互乗り入れの予診票でも接種可能です。		

・高齢者用肺炎球菌

接種期間	令和6年4月1日 ~ 令和7年3月31日		
対象者	① 65歳の者（65歳の誕生日の前日から66歳の誕生日を迎える前日まで）		
	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	
20高齢者用肺炎球菌	自己負担徴収者	6,840	2,000
	自己負担免除者	8,840	
自己負担免除者	生活保護受給者が対象です。本人の口頭による申請があった場合は、接種前に榛東村保健相談センターへ電話で確認してください。予診票右上の「市町村確認済」の欄に確認日と、「該当」に○をしてください。		
60歳以上65歳未満の心・腎・肺等機能不全者	該当者がいましたら、榛東村保健相談センターに予診票を取りに行くようご指導ください。また、予診票の慢性疾患を問う欄に病名を記入してください。		
特記事項	・必ず健康保険証等で予診票に記載されている名前、接種当日の年齢、住所を確認してください。 また、併せて過去の23価肺炎球菌ワクチンの接種歴もご確認ください。 ・予診票は対象者に郵送しています。		

・B類疾病予診のみ

21（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
榛東村保健相談センター
TEL 0279-70-8052
FAX 0279-55-0194

【差し替え版】

市町村名 高崎市

2 B類疾病
・高齢者インフルエンザ

接種期間	令和6年10月1日～令和6年12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		
18インフルエンザ	自己負担徴収者	3,736円	1,500円	助成は接種期間中1人1回のみです。期間中既に接種を受けていないか、被接種者に確認をお願いします。
	自己負担免除者	5,236円		
自己負担免除者	上記対象者のうち、生活保護受給者及び中国残留邦人の支援等を受けている者（予診票の左上欄に記載をお願いします。）			
60歳以上65歳未満の心・腎・肺等機能不全者	申し出があった場合には、接種前に下記担当までご連絡をお願いします。（身体障がい者手帳のコピーや医師の診断書の添付が必要です。）			
<p>特記事項：予診票について、高崎市では事前に本人から申し出のあった場合のみ送付しています。予診票を持参しない場合は統一様式を使用してください。また、対象者（今年度中に65歳になる者は除く）には「インフルエンザ受診券シール」を発行し、医療機関に持参するよう通知しています。受診券は予診票に貼付してください。受診券がない場合は、お問い合わせください。</p>				

・高齢者新型コロナウイルス感染症

接種期間	令和6年10月1日～令和7年1月31日			
対象者	① 昭和35年1月1日以前に生まれた者のうち、接種日当日に65歳以上の者			
	② 昭和40年1月1日以前に生まれた者のうち、接種日当日に60歳以上65歳以下の者であって、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		
19新型コロナウイルス感染症	自己負担徴収者	14,186円	1,500円	助成は接種期間中1人1回のみです。期間中既に接種を受けていないか、被接種者に確認をお願いします。
	自己負担免除者	15,686円		
自己負担免除者	上記対象者のうち、生活保護受給者及び中国残留邦人の支援等を受けている者（予診票の左上欄に記載をお願いします。）			
60歳以上65歳未満の心・腎・肺等機能不全者	申し出があった場合には、接種前に下記担当までご連絡をお願いします。（身体障がい者手帳のコピーや医師の診断書の添付が必要です。）			
<p>特記事項：予診票について、高崎市では12月29日時点で65歳以上の方に送付しています。期間中に65歳になる方へも既に予診票を送付しているため、接種日に65歳以上か必ず確認をお願いします。予診票を持参しない場合は、予防接種番号をお問い合わせください。市から配布した「新型コロナウイルス感染症・インフルエンザ定期予防接種のお知らせ」に接種済証がついておりますので、通知を持参した方へは、通知に証明してください。接種期間の終了日を令和6年12月31日から令和7年1月31日に変更しましたが、対象者は令和6年12月31日までの年齢で判断しますのでご注意ください。</p>				

・高齢者用肺炎球菌

接種期間	令和6年4月1日～令和7年3月31日			
対象者	① 65歳の者（65歳の誕生日の前日から66歳の誕生日を迎える前日まで）			
	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		
20高齢者用肺炎球菌	自己負担徴収者	6314円	2,000円	過去に接種を受けたことのある人は対象外です。市で把握している接種歴は確認しますのでお問い合わせください。
	自己負担免除者	8314円		
自己負担免除者	上記対象者のうち、生活保護受給者及び中国残留邦人の支援等を受けている者（予診票の左上欄に記載をお願いします。）			
60歳以上65歳未満の心・腎・肺等機能不全者	申し出があった場合には、接種前に下記担当までご連絡をお願いします。（身体障がい者手帳のコピーや医師の診断書の添付が必要です。）			
<p>特記事項：予診票について、高崎市では事前に本人から申し出のあった場合のみ送付しています。予診票を持参しない場合は統一様式を使用してください。また、対象者には市が送付した「肺炎球菌ワクチン予防接種のお知らせ」を医療機関に持参するよう通知しています。通知に記載の予防接種番号を予診票に記入してください。通知がない場合は、お問い合わせください。</p>				

・B類疾病予診のみ

21（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
	1,000円	

問い合わせ
高崎市保健予防課予防接種担当
TEL 027-381-6112
FAX 027-381-6125

【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6年10月1日 ~ 令和7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	
18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			

・高齢者新型コロナウイルス感染症

接種期間	令和6年10月1日 ~ 令和7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	
19新型コロナウイルス感染症	自己負担徴収者	12,300	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	15,300	
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			

・高齢者用肺炎球菌

接種期間	令和6年4月1日 ~ 令和7年3月31日		
対象者	① 65歳の者（65歳の誕生日の前日から66歳の誕生日を迎える前日まで）		
	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	
20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

21（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

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 藤岡市

2 B類疾病

・高齢者インフルエンザ

接種期間	令和6年10月1日～令和6年12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	
18インフルエンザ	自己負担徴収者	3,915円	1,200円
	自己負担免除者	5,115円	
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 Tel 0274-22-1211（代表）内線2807 0274-40-2808（直通）FAX 0274-22-7502		

・高齢者新型コロナウイルス感染症

接種期間	令和6年10月1日～令和7年1月31日		
対象者	① 「令和6年12月31日時点」及び「接種当日」に満65歳以上の者 ※令和7年1月1日以降に満65歳になる者は対象外。		
	② 「令和6年12月31日時点」及び「接種当日」に満60歳以上の者であって、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7年1月1日以降に満60歳になる者は対象外。		
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	
19新型コロナウイルス感染症	自己負担徴収者	13,600円	1,700円
	自己負担免除者	15,300円	
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 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6年4月1日～令和7年3月31日		
対象者	① 65歳の者（65歳の誕生日の前日から66歳の誕生日を迎える前日まで）		
	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	
20高齢者用肺炎球菌	自己負担徴収者	6,250円	2,000円
	自己負担免除者	8,250円	
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 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

21（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
藤岡市子ども課母子保健係 入野
TEL 0274-40-2268
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6年10月 1日 ~ 令和7年1月31日		
対象者	①	昭和34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6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	
18インフルエンザ	自己負担徴収者	3,791円	1,500円
	自己負担免除者	5,291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	・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。 ・予診票を被接種者が所有していない場合は、市へ予診票を請求させてから接種してください。		
特記事項	対象者①と昨年度に市の予診票を使用してインフルエンザ予防接種を受けた②の人は、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。		

・高齢者新型コロナウイルス感染症

接種期間	令和6年10月 1日 ~ 令和7年1月31日		
対象者	①	昭和34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6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	
19新型コロナウイルス感染症	自己負担徴収者	12,741円	3,000円
	自己負担免除者	15,741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	・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。 ・予診票を被接種者が所有していない場合は、市へ予診票を請求させてから接種してください。		
特記事項	対象者①と昨年度に市の予診票を使用してインフルエンザ予防接種を受けた②の人は、9月下旬に予診票を配布（郵送）します（インフルエンザと同封）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6年4月1日 ~ 令和7年3月31日		
対象者	①	65歳の者（65歳の誕生日の前日から66歳の誕生日を迎える前日まで）	
	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	
20高齢者用肺炎球菌	自己負担徴収者	7,014円	2,000円
	自己負担免除者	9,014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

21（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
	825円	

前橋市 保健予防課 予防接種係
T E L 027-212-3707
F A X 027-224-0630

【差し替え版】

市町村名 みどり市

2 B類疾病

・高齢者インフルエンザ

接種期間	令和 6年 10月 1日 ~ 令和 7年 2月 28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	
18インフルエンザ	自己負担徴収者	4,200	1,000
	自己負担免除者	5,200	
自己負担免除者	対象者は生活保護世帯の者のみで、免除申請書の提出が必要です。本人からの申し出があった場合は、接種前に市へ電話連絡をしてください。		
60歳以上65歳未満の心・腎・肺等機能不全者	接種希望者には、大間々保健センターで予診票を交付します。身体障害者手帳を持参してください（家族申請可）。		
特記事項			

・高齢者新型コロナウイルス感染症

接種期間	令和 6年 10月 1日 ~ 令和 7年 2月 28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	
19新型コロナウイルス感染症	自己負担徴収者	12,740	3,000
	自己負担免除者	15,740	
自己負担免除者	対象者は生活保護世帯の者のみで、免除申請書の提出が必要です。本人からの申し出があった場合は、接種前に市へ電話連絡をしてください。		
60歳以上65歳未満の心・腎・肺等機能不全者	接種希望者には、大間々保健センターで予診票を交付します。身体障害者手帳を持参してください（家族申請可）。		
特記事項			

・高齢者用肺炎球菌

接種期間	令和 6年 10月 1日 ~ 令和 7年 3月 31日		
対象者	① 65歳の者（65歳の誕生日の前日から66歳の誕生日を迎える前日まで）		
	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	
20高齢者用肺炎球菌	自己負担徴収者	6,290円	2,000円
	自己負担免除者	8,290円	
自己負担免除者	対象者は生活保護世帯の者のみで、免除申請書の提出が必要です。本人からの申し出があった場合は、接種前に市へ電話連絡をしてください。		
60歳以上65歳未満の心・腎・肺等機能不全者	接種希望者には、大間々保健センターで予診票を交付します。身体障害者手帳を持参してください（家族申請可）。		
特記事項			

・B類疾病予診のみ

21（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
	1,380円	

問い合わせ
みどり市健康管理課保健予防係 鈴木
TEL 0277-72-2211
FAX 0277-72-1651

【差し替え版】

市町村名	吉岡町
------	-----

2 B類疾病

・高齢者インフルエンザ

接種期間	令和 6年10月 1日 ~ 令和 7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	
18インフルエンザ	自己負担徴収者	4,115	1,000
	自己負担免除者	5,115	
自己負担免除者	生活保護世帯に属する人が対象です。本人から生保であるとの申し出があった場合は接種前に町に確認してください。予診票右上の市町村確認済のところに確認した日付を記入してください。また、該当者欄には右上に「免除者」と記入してください。		
60歳以上65歳未満の心・腎・肺等機能不全者	住所欄の上の（接種当日60～64歳のうち、慢性高度・心・肺・腎機能不全者）に印を付け、予診票の慢性疾患を問う欄に病名を入れてください。		
特記事項	・必ず、保険証等で接種当日の年齢、住所を確認してください。予診票は個別に郵送済みです。または、相互乗り入れの予診票でも接種可能です。		

・高齢者新型コロナウイルス感染症

接種期間	令和 6年10月 1日 ~ 令和 7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	自己負担額	
19新型コロナウイルス感染症	自己負担徴収者	12,700	3,000
	自己負担免除者	15,700	
自己負担免除者	生活保護世帯に属する人が対象です。本人から生保であるとの申し出があった場合は接種前に町に確認してください。予診票右上の市町村確認済のところに確認した日付を記入してください。また、該当者欄には右上に「免除者」と記入してください。		
60歳以上65歳未満の心・腎・肺等機能不全者	住所欄の上の（接種当日60～64歳のうち、慢性高度・心・肺・腎機能不全者）に印を付け、予診票の慢性疾患を問う欄に病名を入れてください。		
特記事項	・必ず、保険証等で接種当日の年齢、住所を確認してください。予診票は個別に郵送済みです。または、相互乗り入れの予診票でも接種可能です。		

・高齢者用肺炎球菌

接種期間	令和6年4月1日 ~ 令和7年3月31日		
対象者	① 65歳の者（65歳の誕生日の前日から66歳の誕生日を迎える前日まで）		
	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	
20高齢者用肺炎球菌	自己負担徴収者	6,840	2,000
	自己負担免除者	8,840	
自己負担免除者	生活保護世帯に属する人が対象です。本人から生保であるとの申し出があった場合は接種前に町に確認してください。予診票右上の市町村確認済のところに確認した日付を記入してください。また、該当者欄には右上に「免除者」と記入してください。		
60歳以上65歳未満の心・腎・肺等機能不全者	該当者がおりましたら、吉岡町保健センターで予診票をもらってくるようにご指導ください。また、予診票の慢性疾患を問う欄に病名を入れてください。		
特記事項	・必ず、保険証等で予診票に記載されている名前、接種当日の年齢、住所を確認してください。また、あわせて過去の23価肺炎球菌ワクチンの接種歴もご確認ください。・予診票は65歳の誕生日翌月上旬に対象者へ郵送予定です。		

・B類疾病予診のみ

21（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
吉岡町健康福祉課健康づくり室（吉岡町保健センター）
TEL 0279-54-7744
FAX 0279-54-7747