

市外の医療機関で予防接種を希望する方へ【定期接種】

特別な理由(かかりつけ医が市外の医療機関である、市外に長期滞在する等)がある場合は、事前に申請をしていただくと、市外の医療機関でも予防接種の助成を受けることができます。

※接種代金は一旦窓口で全額負担していただきます。

また、接種料金が助成限度額を超えた場合の差額分は、自己負担となります。

助成限度額については、裏面の「定期予防接種 助成限度額一覧」をご確認ください。

接種前に
申請する

接種前に「定期予防接種実施依頼書交付申請書」にて申請をします。

※申請から交付まで1~2週間程度かかるので余裕をもって申請して下さい。

★必要なもの 本人確認書類(免許証、マイナンバーカード等)

※被接種者と申請者が異なる場合は、それぞれの本人確認書類

母子健康手帳(お子様の接種や、RS ウイルスワクチン接種の場合)

★申請場所 健康増進課(佐野市役所 3 階)

実施依頼書が
郵送される

1~2週間後

健康増進課から①定期予防接種実施依頼書、②予診票、③定期予防接種費用助成申請書 が自宅に郵送されます。

接種を
受ける

医療機関で予防接種を受けます。

★必要なもの 定期予防接種実施依頼書、予診票

母子健康手帳(お子様の接種やRSウイルスワクチン接種場合)

接種代金は窓口で、一旦全額お支払いください。

接種後、医療機関から渡された予診票と領収書は大切に保管してください。
(申請時に必要になります)。

接種後
助成申請を
する

※申請期限は接種日から1年以内で

健康増進課で助成申請をします。

★必要なもの 定期予防接種費用助成申請書、予診票、領収書 申請者名義の通帳(またはキャッシュカード)、母子健康手帳(お子様の接種やRSウイルスワクチン接種の場合)

生活保護受給者の場合は、生活保護受給証明書

★申請場所 健康増進課(佐野市役所3階)

※助成限度額を超えた場合の差額分は、自己負担になります。

※助成申請の期限は、接種日から1年以内です。

口座に
入金される

振込が確定しましたら、決定通知書を郵送します。

申請した金額が振り込まれますので、通帳を確認してください。

お問合せ先 〒327-8501 栃木県佐野市高砂町1番地 佐野市健康増進課

TEL:0283-24-5770 FAX:0283-20-3032

定期予防接種 助成限度額一覧

予防接種の種類		1回の助成限度額	
ロタウイルスワクチン		ロタリックス	15,760円
		ロタテック	10,730円
B型肝炎ワクチン		6,620円	
ヒブワクチン		9,548円	
小児用肺炎球菌ワクチン		12,240円	
5種混合		20, 702円	
4種混合 (令和7年度の接種分に限る)		11,510円	
3種混合		6,800円 ※令和7年度の接種分に限る	
		9,966円	
2種混合		6,800円	
不活化ポリオワクチン		10,110円	
BCG		10,130円 ※令和7年度の接種分に限る	
		11,616円	
MR(麻しん風しん混合)		10,470円	
麻しん		8,900円	
風しん		8,900円	
水痘ワクチン		9,400円	
日本脳炎ワクチン		8,900円	
子宮頸がん予防	2価・4価	18,430円 ※令和7年度の接種分に限る	
	9価	28,750円	
RSウイルスワクチン		30,090円	

帯状疱疹	生ワクチン	助成限度額	4,000円
	不活化ワクチン	助成限度額	10,000円／1回
		※生活保護受給者は「生活保護受給証明書」の提出で全額無料	
高齢者インフルエンザ (標準量HAワクチン) ※接種期間：10月～翌年3月末まで		自己負担額	1,000円
		助成限度額	3,730円
		※生活保護受給者は「生活保護受給証明書」の提出で全額無料	
高齢者肺炎球菌	23価ワクチン ※令和7年度の接種分に限る	自己負担額	4,000円
		助成限度額	4,500円
	20価ワクチン ※令和8年4月1日～	自己負担額	4,000円
		助成限度額	7,720円
	※生活保護受給者は「生活保護受給証明書」の提出で全額無料		
高齢者新型コロナ ※接種期間：10月～翌年3月末まで		自己負担額	3,500円
		助成限度額	12,406円
		※生活保護受給者は「生活保護受給証明書」の提出で全額無料	