

予防接種の助成について(带状疱疹定期接種)

小山市の定期予防接種は、栃木県内の受託医療機関での個別接種で実施しておりますが、特別な事情により県内受託医療機関での接種が困難な方につきましては、助成制度がありますので、以下のとおり申請してください。(県外や県内受託医療機関で定期予防接種をする場合は、接種した医療機関で一度全額自己負担をしていただいた後、小山市役所に助成金の手続きをしていただきます。)

1. 必要書類

- ①小山市予防接種費助成金交付申請書兼請求書
- ②ワクチン接種に係る医療機関の予診票(写し可)
- ③ワクチン接種に係る医療機関の領収書(写し可)
- ④通帳の振込先がわかる箇所の写し(振込先確認のため)

2. 助成金額・対象者等

	生ワクチン(ビケン)	不活化ワクチン(シングリックス)
自己負担額	3,560円	9,060円
交付申請額	領収書の金額から自己負担額を引いた額	
交付申請上限額	5,300円	13,000円
	※交付申請額が上限額を超えた場合は自己負担額に加算となります	
助成回数	1回	2回
助成対象者 (右記の全てに該当する方)	① 小山市に住民登録のある方 ② 過去に带状疱疹予防接種の助成を受けていない方 ③ 年度内に 65・70・75・80・85・90・95・100 歳となる方、もしくは 60～64 歳でヒト免疫不全ウイルスにより免役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方 ④ 令和7年4月1日以降に接種を受けた方	

3. 注意事項

- ・振込み先は、原則本人の口座でお願いします。
- ・振込み先は、通帳の写しで確認できる場合、申請書への記入は不要です。ただし、その場合は必ず通帳の写しを添付してください。
- ・接種を受けた翌月の初日から起算して1年以内に申請してください。

4. 送付・問い合わせ先

〒323-8686 小山市中央町1丁目1番1号
小山市役所 健康増進課 健康増進係 予防接種担当
Tel:0285-22-9526 Fax:0285-22-9543