

# 姫路市予防接種実施要領

予防接種の実施前に必ずお読みください

## 目次

|                                          |    |
|------------------------------------------|----|
| 1 接種事務の概要（委託契約から委託料の支払い） .....           | 3  |
| 2 接種の手順 .....                            | 4  |
| 3 予防接種に係る事故（過誤） .....                    | 5  |
| 4 副反応疑い報告 .....                          | 5  |
| 5 定期予防接種による健康被害救済制度 .....                | 6  |
| 6 長期にわたり療養を必要とする疾患にかかった者等の定期接種について ..... | 6  |
| 7 接種不応の取扱いについて .....                     | 6  |
| 8 保護者の同伴について .....                       | 6  |
| 9 市民以外の接種について .....                      | 6  |
| 10 予防接種の対象者・接種方法等の詳細について .....           | 7  |
| ○別紙 1 ～ 9                                |    |
| B 類予防接種 各論 1 【高齢者肺炎球菌】 .....             | 20 |
| 各論 1-1 対象者 .....                         | 20 |
| 各論 1-2 接種券の送付 .....                      | 20 |
| 各論 1-3 対象期間 .....                        | 20 |
| 各論 1-4 委託料（自己負担額） .....                  | 20 |
| 1-5 接種不可（不応）者への対応 .....                  | 20 |
| 1-6 その他 .....                            | 20 |
| B 類予防接種 各論 2 【带状疱疹予防接種】 .....            | 22 |
| 各論 2-1 対象者 .....                         | 22 |
| 各論 2-2 予診票（接種券）の送付 .....                 | 22 |
| 各論 2-3 対象期間 .....                        | 22 |
| 各論 2-4 委託料（自己負担額） .....                  | 22 |
| 2-5 接種不可（不応）者への対応 .....                  | 23 |
| 2-6 その他 .....                            | 23 |
| B 類予防接種 各論 3 【高齢者インフルエンザ】 .....          | 24 |
| 3-1 対象者 .....                            | 24 |
| 3-1 接種券の送付 .....                         | 24 |
| 3-3 実施期間 .....                           | 24 |
| 3-4 委託料（自己負担額） .....                     | 24 |
| 3-5 その他 .....                            | 25 |

|                                    |    |
|------------------------------------|----|
| B 類予防接種 各論 4 【新型コロナウイルス予防接種】 ..... | 26 |
| 4 - 1 対象者 .....                    | 26 |
| 4 - 2 接種券の送付 .....                 | 26 |
| 4 - 3 実施期間 .....                   | 26 |
| 4 - 4 委託料（自己負担額） .....             | 26 |
| 4 - 5 その他 .....                    | 27 |
| 参考資料（介護保険料納付通知書のイメージ） .....        | 28 |

姫路市保健所 予防課

〒670-8530 姫路市坂田町 3 番地

TEL (079) 289-1721

FAX (079) 289-0210

2026 年 7 月 改定

## 1 接種事務の概要（委託契約から委託料の支払い）

### 1) 契約の締結

委託契約定期予防接種業務を受託する医療機関は、姫路市と姫路市医師会を代理人とし「姫路市地域包括業務委託契約※1」を締結します。

※1 姫路市地域包括業務委託についての詳細は、姫路市ホームページ「姫路市地域保健包業務委託」(<https://www.city.himeji.lg.jp/kurashi/0000023693.html#index-1-20>)のページをご確認ください。

なお、定期予防接種の受託医療機関は、姫路市ホームページ等で公開いたします。



### 2) 接種

被接種者は必要書類を予防接種実施医療機関に提出し予防接種を受けます。

### 3) 費用の請求

ア 紙の予診票（接種券）の場合

予防接種毎に取りまとめた1か月分の予診票を、実施報告書兼請求書※2に添付し、翌月13日までに姫路市医師会庶務課へ提出してください。

※2 実施報告書兼請求書の様式は姫路市ホームページ(<https://www.city.himeji.lg.jp/kurashi/0000023693.html#index-1-21>)に掲載しています。



イ デジタル予診票の場合

毎月7日までにシステム内の請求処理を実施してください。

### 4) 審査

提出された予診票は、姫路市で法の規定による予防接種であるか内容を審査します。

### 5) 委託料の支払い

姫路市は各医療機関が登録した振込先口座へ振り込みます

| n月に定期予防接種を実施した場合の委託支払いスケジュール |    |                |         |
|------------------------------|----|----------------|---------|
| 種別 \ 月                       | n月 | (n+1)月         | (n+2)月  |
| デジタル予診票                      | 接種 | 請求処理※1 委託料受領※2 | -       |
| 接種券（参考）                      | 接種 | 予診票提出（請求）※3    | 委託料受領※2 |

※1) 7日までに請求処理を実施      ※2) 月末頃予定      ※3) 13日までに医師会へ提出

## 2 接種の手順

### 1) 対象者の確認

- ① 被接種者の本人確認（マイナンバーカード等の確認）
- ② 接種日時点で姫路市民の確認（マイナンバーカード等の確認）
- ③ 予防接種の種類、接種期間（対象年齢）、接種間隔の確認※注

【注】A類予防接種については、母子健康手帳の接種歴を必ず確認してください。

※対象年齢等の確認は、「定期接種実施要領」（平成25年3月30日付け健発0330第2号厚生労働省健康局長通知）、「予防接種ガイドライン」又はホームページ等を参照してください。

### 2) 予診票の受取

A類予防接種の場合は、予診票に予防接種券が貼り付けられているか確認してください。なお、デジタル予診票を利用する場合は紙の予診票の提出は不要です。

B類予防接種（高齢者インフル・新型コロナ）の場合は、氏名・住所・生年月日が正しく記載されているかを確認してください。

原則、予防接種券を持参した場合のみ公費対象となります。

| 予防接種                            | 接種券 | 予診票               |
|---------------------------------|-----|-------------------|
| A類予防接種                          | あり  | 予防接種手帳に綴じられています   |
| ヒトパピローマウイルス感染症                  | あり  | 対象者に郵送します         |
| 高齢者肺炎球菌予防接種<br>带状疱疹予防接種         | あり  | 接種券付予診票を対象者に郵送します |
| 高齢者インフルエンザ予防接種<br>新型コロナウイルス予防接種 | なし  | 実施期間前に医療機関へ配布します  |

### 3) 予診票の確認、予診並びに予防接種不適合者及び予防接種要注意者の確認

予診票の各項目の確認、問診、検温、視診、聴診等の診察を接種前に行い、予防接種不適合者及び予防接種要注意者に該当するかどうか確認を行ってください。また、接種の可否に関する診断をし、保護者へ説明をしてください。

署名は医師の直筆で行うか、ゴム印等で記名した場合は医師の押印を行ってください。ワクチン名とロット番号、接種量、実施場所、医師名等を記載してください。

### 4) 予防接種後副反応・健康被害救済制度等に関する説明及び同意

予診の際は、予防接種の有効性・安全性、予防接種後副反応及び予防接種健康被害救済制度について、被接種者または保護者へ適切な説明を行い、予防接種の実施に関して予診票に署名（同意）を得た場合に限り接種を行ってください。

### 5) 予防接種に関する記録及び予防接種済証の交付

A類予防接種については、母子健康手帳へ、带状疱疹定期予防接種は被接種者が持参する接種済証に必要事項を記載してください。

また、高齢者予防接種（肺炎球菌・インフルエンザ・新型コロナ）およびHPVキャッチアップ

プ接種経過措置（母子健康手帳を持参していない場合に限り）については、「予防接種済証…別紙1」を交付してください。

## 6) 接種費用

### ① A 類予防接種

接種対象者が、姫路市の発行する予防接種券を持参した場合のみ無料となります。

姫路市民でない者及び対象者以外の者は、姫路市の定期予防接種は利用できません

**【注】・紛失・転入等で予防接種券等を持参していない場合は、保健センター・分室窓口で再発行※された後に接種をしてください。**

・ B 型肝炎予防接種を予防接種券発行前に接種する場合「姫路市 B 型肝炎定期予防接種申請書兼報告書…別紙 2」の提出が必要です。

※予防接種券の再発行申請は、電子申請も可能（2 週間程度要する）

### ② B 類予防接種

姫路市民でない者及び対象者以外の者は、姫路市の定期予防接種は利用できません

#### ア 高齢者肺炎球菌予防接種・带状疱疹予防接種

接種対象者が、姫路市の発行する接種券付予診票を持参した場合のみ公費対象となります。  
被接種者の区分ごとの自己負担額を徴収してください。

#### イ 高齢者インフルエンザ予防接種・新型コロナウイルス予防接種

医療機関へ予め予診票を配布します。被接種者が持参する身分証明書で対象者の確認をし、被接種者の区分ごとの自己負担額を徴収してください。

## 3 予防接種に係る事故（過誤）

予防接種に係る事故の発生防止に努めるとともに、万が一、事故が発生した場合には、「予防接種による間違い（過誤）報告書…別紙 3」にて、姫路市保健所予防課（FAX：079-289-0210）と、姫路市医師会危機管理対策室（FAX：079-295-3331）に速やかに報告してください。

## 4 副反応疑い報告

医師等が予防接種法施行規則（昭和 23 年厚生省令第 36 号）第 5 条に規定する症状（別紙 4 -1 予防接種後副反応疑い報告書（様式 1）の報告基準を参照）を診断した場合には、以下のいずれかの方法で、速やかに、独立行政法人医薬品医療機器総合機構（PMDA）に報告してください。

① 電子報告システム（<https://www.pmda.go.jp/safety/reports/hcp/0002.html>）



② 「別紙 4 予防接種後副反応疑い報告書（様式 1）」を F A X（0120-176-146）にて報告急性散在性脳脊髄炎、ギラン・バレー症候群および血栓症と疑われる場合は、各調査票も合わせて報告すること。（[https://www.mhlw.go.jp/bunya/kenkou/kekkaku-kansenshou20/hukuhannou\\_houkoku/index.html](https://www.mhlw.go.jp/bunya/kenkou/kekkaku-kansenshou20/hukuhannou_houkoku/index.html)）



③ 予防接種後副反応疑い報告書入力アプリ※にて作成した様式を使用して報告

※国立感染症研究所ホームページからダウンロード

（<https://www.niid.go.jp/niid/ja/vaccine-j/6366-vaers-app.html>）



## 5 定期予防接種による健康被害救済制度

---

定期の予防接種を受けたことにより健康被害が起きた場合、本人・家族などが健康被害救済制度の申請をします。予防接種と因果関係があると認定された場合、予防接種法により医療費等の給付を受けることができます。ただし、定期予防接種でも、決められた接種期間・接種間隔から外れた場合は任意接種となり独立行政法人医薬品医療機器総合機構法に基づく救済と、姫路市が加入する行政措置賠償補償保険に基づく救済を受けることとなります。

## 6 長期にわたり療養を必要とする疾患にかかった者等の定期接種について

---

定期予防接種の対象であった期間に、長期にわたり療養を必要とする疾病にかかったこと等により、やむを得ずその予防接種を受けることができなかったと認められる者については、対象年齢を過ぎていても定期予防接種を受けることができます。

予防接種の実施が可能になった後、接種を希望する者は「長期療養が必要な疾患等で定期予防接種を受ける機会を逃した方で予防接種を希望される方へ…別紙5」及び「長期療養が必要な疾患で定期予防接種を受ける機会を逃した予防接種についての申請書…別紙6」を患者へ渡し姫路市（保健所予防課）へ申請書（別紙5）を提出させてください。内容を審査した後、制度に該当する方へは姫路市から承認書が発行されます。医療機関は承認書を持参した場合のみ接種を実施してください。なお、実施期間等は承認書に記載しているのでご確認ください。

## 7 接種不応の取扱いについて

---

- ① 不応料（予防接種不適當者）の請求時は、接種を見合わせる理由を予診票に明記してください。
- ② 予防接種不適當者へは、医療機関にて「不応用予診票…別紙7（A類）、別紙8（高齢者肺炎球菌）、別紙9（带状疱疹）」に必要事項を記載し渡してください。なお、別紙7に記載する接種番号・予防接種名は別表のとおりです。
- ③ 同時接種をした場合の不応料は、いずれか1種類の予防接種が支払いの対象となります。
- ④ 予防接種実施報告書兼請求書の接種不可欄に件数を記載し、実施報告書兼請求書に予診票をホチキスでとめて提出してください。

## 8 保護者の同伴について

---

被接種者が16歳未満の場合は、原則保護者の同伴が必要です。ただし、日本脳炎・ヒトパピローマウイルス感染症の定期予防接種（いずれも13歳以上の者に接種する場合に限る。）において、あらかじめ、接種することの同意を予診票上の保護者自署欄にて確認でき、かつ、緊急連絡先が確認できた者については、保護者の同伴がなくても接種可能です。

## 9 市民以外の接種について

---

市民でない者が里帰り等の理由で定期接種を希望する場合、居住地（住登地）の自治体で作成する医療機関宛ての依頼文が必要です。公費負担の有無、接種後の報告要否については依頼文に記載されている内容で対応してください。

## 10 予防接種の対象者・接種方法等の詳細について

---

各予防接種の接種方法、接種上の注意点、ワクチン等の詳細は、「定期接種実施要領」（平成 25 年 3 月 30 日付け健発 0330 第 2 号厚生労働省健康局長通知）、「予防接種ガイドライン」又は厚生労働省もしくは姫路市ホームページ等を参照してください。

## ●別表 接種番号と予防接種名

| 接種番号 | 予防接種種類              |      |
|------|---------------------|------|
| 4    | B C G               |      |
| 17   | 麻 し ん 風 し ん<br>(MR) | 1 期  |
| 18   |                     | 2 期  |
| 11   | 二種混合                | 2 期  |
| 12   | 日本脳炎                | 1 期  |
| 13   |                     |      |
| 14   |                     |      |
| 15   |                     | 2 期  |
| 29   | ヒブ                  | 1 回目 |
| 30   |                     | 2 回目 |
| 31   |                     | 3 回目 |
| 32   |                     | 4 回目 |
| 33   | 小児肺炎球菌              | 1 回目 |
| 34   |                     | 2 回目 |
| 35   |                     | 3 回目 |
| 36   |                     | 4 回目 |
| 44   | 四種混合                | 1 回目 |
| 45   |                     | 2 回目 |
| 46   |                     | 3 回目 |
| 47   |                     | 追加   |
| 67   | 五種混合                | 1 回目 |
| 68   |                     | 2 回目 |
| 69   |                     | 3 回目 |
| 70   |                     | 追加   |

| 接種番号 | 予防接種種類                |      |
|------|-----------------------|------|
| 52   | B 型肝炎                 | 1 回目 |
| 53   |                       | 2 回目 |
| 54   |                       | 3 回目 |
| 37   | H P V 2 価             | 1 回目 |
| 38   |                       | 2 回目 |
| 39   |                       | 3 回目 |
| 55   | H P V 4 価             | 1 回目 |
| 56   |                       | 2 回目 |
| 57   |                       | 3 回目 |
| 64   | H P V 9 価             | 1 回目 |
| 65   |                       | 2 回目 |
| 66   |                       | 3 回目 |
| 50   | 水痘                    | 1 回目 |
| 51   |                       | 2 回目 |
| 59   | ロタウイルス 1 価            | 1 回目 |
| 60   |                       | 2 回目 |
| 61   | ロタウイルス 5 価            | 1 回目 |
| 62   |                       | 2 回目 |
| 63   |                       | 3 回目 |
| 80   | 高齢者肺炎球菌               |      |
| 87   | 新型コロナウイルス             |      |
| 105  | 帯状疱疹<br>シングリックス 1 回目  |      |
| 106  | 帯状疱疹<br>シングリックス 2 回目  |      |
| 107  | 帯状疱疹<br>ビケン           |      |
| 110  | RS ウイルス(母子<br>免疫ワクチン) |      |

## 別紙 1

|                                                                                                                                                                                                                         |                                                                                                                                                                                                                         |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <p>No. _____</p> <p>( _____ ) 予防接種済証 (定期)</p> <p>接種者氏名 _____</p> <p>接種者生年月日 _____ 年 _____ 月 _____ 日</p> <p>接種日 _____ 年 _____ 月 _____ 日 Lot _____</p> <p>実施医療機関名 _____</p> <p>所 在 地 _____</p> <p>接 種 医 _____ 印 _____</p> | <p>No. _____</p> <p>( _____ ) 予防接種済証 (定期)</p> <p>接種者氏名 _____</p> <p>接種者生年月日 _____ 年 _____ 月 _____ 日</p> <p>接種日 _____ 年 _____ 月 _____ 日 Lot _____</p> <p>実施医療機関名 _____</p> <p>所 在 地 _____</p> <p>接 種 医 _____ 印 _____</p> |
| <p>No. _____</p> <p>( _____ ) 予防接種済証 (定期)</p> <p>接種者氏名 _____</p> <p>接種者生年月日 _____ 年 _____ 月 _____ 日</p> <p>接種日 _____ 年 _____ 月 _____ 日 Lot _____</p> <p>実施医療機関名 _____</p> <p>所 在 地 _____</p> <p>接 種 医 _____ 印 _____</p> | <p>No. _____</p> <p>( _____ ) 予防接種済証 (定期)</p> <p>接種者氏名 _____</p> <p>接種者生年月日 _____ 年 _____ 月 _____ 日</p> <p>接種日 _____ 年 _____ 月 _____ 日 Lot _____</p> <p>実施医療機関名 _____</p> <p>所 在 地 _____</p> <p>接 種 医 _____ 印 _____</p> |
| <p>No. _____</p> <p>( _____ ) 予防接種済証 (定期)</p> <p>接種者氏名 _____</p> <p>接種者生年月日 _____ 年 _____ 月 _____ 日</p> <p>接種日 _____ 年 _____ 月 _____ 日 Lot _____</p> <p>実施医療機関名 _____</p> <p>所 在 地 _____</p> <p>接 種 医 _____ 印 _____</p> | <p>No. _____</p> <p>( _____ ) 予防接種済証 (定期)</p> <p>接種者氏名 _____</p> <p>接種者生年月日 _____ 年 _____ 月 _____ 日</p> <p>接種日 _____ 年 _____ 月 _____ 日 Lot _____</p> <p>実施医療機関名 _____</p> <p>所 在 地 _____</p> <p>接 種 医 _____ 印 _____</p> |
| <p>No. _____</p> <p>( _____ ) 予防接種済証 (定期)</p> <p>接種者氏名 _____</p> <p>接種者生年月日 _____ 年 _____ 月 _____ 日</p> <p>接種日 _____ 年 _____ 月 _____ 日 Lot _____</p> <p>実施医療機関名 _____</p> <p>所 在 地 _____</p> <p>接 種 医 _____ 印 _____</p> | <p>No. _____</p> <p>( _____ ) 予防接種済証 (定期)</p> <p>接種者氏名 _____</p> <p>接種者生年月日 _____ 年 _____ 月 _____ 日</p> <p>接種日 _____ 年 _____ 月 _____ 日 Lot _____</p> <p>実施医療機関名 _____</p> <p>所 在 地 _____</p> <p>接 種 医 _____ 印 _____</p> |

## 姫路市 B 型肝炎定期予防接種申請書兼報告書 (接種券未発行者用)

私は下記対象者の保護者であり、予防接種券の発行前に B 型肝炎予防接種（定期予防接種）を実施したいので、関係書類を添えて申請します。

|                |                                                     |       |                            |
|----------------|-----------------------------------------------------|-------|----------------------------|
| 申請日            | 年      月      日                                     | 申請者氏名 | (続柄                      ) |
| 申請者住所<br>(連絡先) | 姫路市<br><br>(Tel           -           -           ) |       |                            |

※生後 2 か月を超える方は接種券が発行されていますので、当申請はできません。

### 1 対象者の確認（確認した項目に○をつけてください）

| 1 出生届提出前の方への質問（該当の無い方は 2 の質問へ） |            |                                     |
|--------------------------------|------------|-------------------------------------|
| 質問項目                           | 申請者<br>確認欄 | 医療機関<br>確認欄                         |
| 保護者の方は姫路市に住民票がありますか ※1         | はい・いいえ     | <input type="checkbox"/>            |
| 出生届に記載する住所は姫路市ですか ※1           | はい・いいえ     | <input type="checkbox"/>            |
| 2 出生届提出後の方への質問（該当の無い方は 3 の質問へ） |            |                                     |
| 質問項目                           | 申請者<br>確認欄 | 医療機関<br>確認欄                         |
| 姫路市に住民票がありますか ※1 ※2            | はい・いいえ     | <input type="checkbox"/>            |
| 3 全員共通の質問                      |            |                                     |
| 質問項目                           | 申請者<br>確認欄 | 医療機関<br>確認欄                         |
| B 型肝炎母子感染予防の対象となりますか ※3        | はい・いいえ     | <input type="checkbox"/>            |
| 【記載例】                          | (はい)・いいえ   | <input checked="" type="checkbox"/> |
| 確認・実施医療機関名：                    |            |                                     |

※1 「いいえ」の場合、姫路市の定期接種として実施できません。実施については住民票を登録する自治体へ相談してください。

※2 乳児医療証等確認できるものが発行されている場合は提示してください。

※3 「はい」の場合、定期接種の対象となりません。（医療保険の対象となります。）

### 2 予防接種者氏名

|                |                 |
|----------------|-----------------|
| (1)接種者名（予定でも可） |                 |
| (2)出生日         | 年      月      日 |

### 3 注意事項（医療機関の方へ）

- (1) 予診票は予防接種手帳にあるものを使用してください。ただし、手帳の無い方又はお持ちでない方は医療機関にある任意接種用予診票の利用が可能です。
- (2) 委託料を請求する際はこの申請書を予診票に添付して提出してください。
- (3) 姫路市民でない方の予防接種を実施する場合は、住民登録のある又は登録予定の自治体へご確認ください。

-----  
※保健所記載欄

|      |  |    |                          |
|------|--|----|--------------------------|
| 健康番号 |  | 入力 | <input type="checkbox"/> |
|------|--|----|--------------------------|

報告先①姫路市保健所（予防課）Fax 079-289-0210

②姫路市医師会（危機管理対策室）Fax 079-295-3331

別紙 3

## 予防接種による間違い（過誤）報告書

報告： 年 月 日

|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |                         |              |    |     |      |                         |    |  |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------|--------------|----|-----|------|-------------------------|----|--|
| 患 者<br>(被接種者)                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      | イニシャル                   |              | 性別 | 男・女 | 生年月日 |                         | 年齢 |  |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    | 基礎疾患                    | 無 ・ 有 (内容： ) |    |     |      |                         |    |  |
| 報告者<br>(作成者)                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       | 医療機関名                   |              |    |     | 職種   | 1. 医師 2. 看護師 3. その他 ( ) |    |  |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    | 氏 名                     | (署名または記名押印)  |    |     |      |                         |    |  |
| 接種日                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                | 年 月 日 ( ) 午前・午後 時頃      |              |    |     |      |                         |    |  |
| 接種したワクチン<br>(種類)                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   | 〔 I 期 Ⅱ 期<br>初回 回目 追加 〕 |              |    |     |      | ロット番号                   |    |  |
| <b>1 間違い（過誤）の内容（該当する項目に「✓」をつけ必要事項を記入して下さい。）※複数✓可。</b><br><input type="checkbox"/> 1. 接種するワクチンの種類を間違えた（本来接種するワクチン名： ）<br><input type="checkbox"/> 2. 対象者を誤認して接種した ※対象期間外の接種含む<br><input type="checkbox"/> 3. 不必要な接種を行ってしまった<br><input type="checkbox"/> 4. 接種間隔の誤り（ 月 週にて接種する予定を 月 週に接種）<br><input type="checkbox"/> 5. 接種量の誤り（正規接種量： ml → 不適切接種量： ml）<br><input type="checkbox"/> 6. 接種部位・接種方法の誤り（接種部位： 接種方法： ）<br><input type="checkbox"/> 7. 接種器具の扱いが適切でなかった（8.を除く）<br><input type="checkbox"/> 8. 既に他で使用した針を使う等、接種器具の適切でない取扱いのうち血液感染を起こしうるもの。<br><input type="checkbox"/> 9. 期限切れワクチンの使用（ 年 月 までの期限）<br><input type="checkbox"/> 10. ワクチン保管の不備 ※凍結、冷蔵されていなかった等（内容： ）<br><input type="checkbox"/> 11. その他、上記のいずれにも該当しない場合（予防接種不相当者への接種含む）<br>( ) |                         |              |    |     |      |                         |    |  |
| <b>2 どの時点で間違いが発覚したか記入してください</b><br>何処で： <input type="checkbox"/> 医療機関 <input type="checkbox"/> 市町 <input type="checkbox"/> その他 ( )<br>誰が： <input type="checkbox"/> 医師 <input type="checkbox"/> 看護師 <input type="checkbox"/> 保護者 <input type="checkbox"/> 市町担当者 <input type="checkbox"/> その他 ( )<br>どのように(例:カルテ、母子健康手帳、問診票、委託請求書、を見て): ( )                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |                         |              |    |     |      |                         |    |  |
| <b>3 健康被害の有無</b> 無・有 (具体的な内容と現状： )                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |                         |              |    |     |      |                         |    |  |
| <b>4 間違いの要因を記入してください</b><br>( )                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |                         |              |    |     |      |                         |    |  |
| <b>5 被接種者又は保護者への説明と対応</b><br>( )                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |                         |              |    |     |      |                         |    |  |
| <b>6 再接種の有無</b> 無・有<br><b>7 抗体検査の有無</b> 無・有 (具体的な内容及び結果： )<br><b>8 血液検査の有無</b> 無・有 (具体的な方法及び回数： )                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |                         |              |    |     |      |                         |    |  |
| <b>9 今後の対応、再発防止策</b><br>( )                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |                         |              |    |     |      |                         |    |  |

この報告書は、予防接種を実施した際に、予防接種間違い(過誤)が発生した場合に、必要事項を記載の上、直ちに貴院を管轄する市町担当窓口及び各郡市区医師会長に提出して下さい。

兵庫県医師会様式 Version.03

(別紙様式1)

報告先: (独)医薬品医療機器総合機構  
FAX番号: 0120-176-146 (各種ワクチン共通)

## 予防接種後副反応疑い報告書

記入前に裏面の「注意事項」をお読みください。

|                                                  |                                                         |                                                       |                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |                 |                             |                                                       |                                |  |
|--------------------------------------------------|---------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------|-----------------------------|-------------------------------------------------------|--------------------------------|--|
| 定期接種・臨時接種ワクチンの有無                                 |                                                         | <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 |                                                                                                                                                                                                                                                                                                         | 製造販売業者への情報提供の有無 |                             | <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 |                                |  |
| 被接種者情報                                           | 保険者番号(左記め)                                              |                                                       | 被保険者記号(左記め)                                                                                                                                                                                                                                                                                             |                 | 被保険者番号(左記め)                 |                                                       | 検査                             |  |
|                                                  | 氏名又はイニシャル(姓・名)<br>(定期・臨時接種は氏名、任意接種はイニシャル記載)             |                                                       | カナ氏名<br>(任意接種は記載しない)                                                                                                                                                                                                                                                                                    |                 | 公費負担者番号                     |                                                       | 受給者番号                          |  |
|                                                  | 性別                                                      |                                                       | 住所                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |                 | 生年月日                        |                                                       | 接種時年齢                          |  |
|                                                  | <input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女   |                                                       | 都道府県                                                                                                                                                                                                                                                                                                    | 市区町村            | 西暦                          | 年 月 日                                                 | 歳 月                            |  |
|                                                  | 基礎疾患(既注歴を含む)                                            |                                                       | 薬剤又は食物アレルギー歴                                                                                                                                                                                                                                                                                            |                 | 家族歴                         |                                                       | 出生体重<br>(0歳～未就学児の場合)           |  |
|                                                  | <input type="checkbox"/> 無                              |                                                       | <input type="checkbox"/> 無                                                                                                                                                                                                                                                                              |                 | <input type="checkbox"/> 無  |                                                       | グラム                            |  |
| 被疑ワクチンに関する情報                                     | 接種日時                                                    |                                                       |                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |                 |                             |                                                       |                                |  |
|                                                  | 西暦 年 月 日 午前・午後 時 分 <input type="checkbox"/> 不明          |                                                       |                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |                 |                             |                                                       |                                |  |
|                                                  | 被疑ワクチンの種類<br>(同時接種したワクチンを記載)                            |                                                       | ロット番号                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |                 | 製造販売業者名                     |                                                       | 接種回数                           |  |
|                                                  |                                                         |                                                       | <input type="checkbox"/> 不明                                                                                                                                                                                                                                                                             |                 | <input type="checkbox"/> 不明 |                                                       | 回目 <input type="checkbox"/> 不明 |  |
|                                                  |                                                         |                                                       | <input type="checkbox"/> 不明                                                                                                                                                                                                                                                                             |                 | <input type="checkbox"/> 不明 |                                                       | 回目 <input type="checkbox"/> 不明 |  |
|                                                  |                                                         |                                                       | <input type="checkbox"/> 不明                                                                                                                                                                                                                                                                             |                 | <input type="checkbox"/> 不明 |                                                       | 回目 <input type="checkbox"/> 不明 |  |
| 症状との因果関係が最も疑われる被疑ワクチンがある場合は○をつけてください。<br>使用中の医薬品 |                                                         |                                                       |                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |                 |                             |                                                       |                                |  |
| 主たる症状に関する情報                                      | 発生日時                                                    |                                                       | 西暦 年 月 日 午前・午後 時 分 <input type="checkbox"/> 不明                                                                                                                                                                                                                                                          |                 |                             |                                                       |                                |  |
|                                                  | 主たる症状                                                   |                                                       | 主たる症状を1つご記入ください。 症状名: )                                                                                                                                                                                                                                                                                 |                 |                             |                                                       |                                |  |
|                                                  |                                                         |                                                       | その他の症状がある場合は、「その他の症状」欄にご記入ください。臨床経過は、裏面の「臨床経過」欄にご記入ください。                                                                                                                                                                                                                                                |                 |                             |                                                       |                                |  |
|                                                  | 症状の程度                                                   |                                                       | 1. 重い <input type="checkbox"/> 2. 中等 <input type="checkbox"/> 3. 死亡につながるおそれ <input type="checkbox"/> 4. 障害につながるおそれ <input type="checkbox"/><br>5. 入院 <input type="checkbox"/> 6. 上記1～5に準じて重い <input type="checkbox"/> 7. 後世代における先天性の疾患又は異常 <input type="checkbox"/><br>8. 重くない <input type="checkbox"/> |                 |                             |                                                       |                                |  |
|                                                  | 検査結果                                                    |                                                       | 主たる症状の診断根拠となった検査結果(接種前、発現日等の検査値(単位含む)又は検査所見)をご記入ください。                                                                                                                                                                                                                                                   |                 |                             |                                                       |                                |  |
|                                                  | 検査項目                                                    |                                                       | 検査日                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |                 |                             |                                                       |                                |  |
| その他の症状に関する情報                                     | 転帰日                                                     |                                                       | 西暦 年 月 日 <input type="checkbox"/> 不明                                                                                                                                                                                                                                                                    |                 |                             |                                                       |                                |  |
|                                                  | 症状の転帰                                                   |                                                       | 1. 回復 <input type="checkbox"/> 2. 軽快 <input type="checkbox"/> 3. 未回復 <input type="checkbox"/> 4. 後遺症(症状): ) 5. 死亡 <input type="checkbox"/> 6. 不明 <input type="checkbox"/>                                                                                                                               |                 |                             |                                                       |                                |  |
|                                                  | その他の症状                                                  |                                                       | 主たる症状以外の症状がある場合は、以下にご記入ください。                                                                                                                                                                                                                                                                            |                 |                             |                                                       |                                |  |
|                                                  | 症状名:                                                    |                                                       | )                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |                 |                             |                                                       |                                |  |
| 報告者に関する情報                                        | (既に医薬品医療機器総合機構へ報告した症例の続報の場合→ <input type="checkbox"/> ) |                                                       |                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |                 |                             |                                                       |                                |  |
|                                                  | 氏名:                                                     |                                                       | 医療機関名(所属部署まで):                                                                                                                                                                                                                                                                                          |                 |                             |                                                       |                                |  |
|                                                  | 住所: 〒                                                   |                                                       | 都道府県 市区町村                                                                                                                                                                                                                                                                                               |                 |                             |                                                       |                                |  |
|                                                  | 電話番号:                                                   |                                                       | メールアドレス: @                                                                                                                                                                                                                                                                                              |                 |                             |                                                       |                                |  |
| に接種場所に関する情報                                      | 接種場所が報告医療機関と異なる場合はご記入ください。                              |                                                       |                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |                 |                             |                                                       |                                |  |
|                                                  | 医療機関名:                                                  |                                                       | 住所: 都道府県 市区町村                                                                                                                                                                                                                                                                                           |                 |                             |                                                       |                                |  |

(別紙様式1)

| 臨床経過     |                          |
|----------|--------------------------|
| 西暦 年 月 日 |                          |
| 留意事項     | 検査結果は前頁の「検査結果」欄にご記入ください。 |

## &lt;注意事項&gt;

- 厚生労働省及び医薬品医療機器総合機構のウェブサイトにおいて、記入要領を掲載しているため、報告書の記入に当たって参考にしてください。
- 予防接種法第12条第1項の規定による副反応疑い報告を行う場合は、被接種者の公的医療保険の被保険者番号等(保険者番号、被保険者等記号・番号、枝番)又は生活保護の受給者番号等(公費負担者番号、受給者番号)のいずれかを記載してください。
- 被保険者番号等のうち、枝番がない場合は、空欄のままとしてください。
- 受給者番号等については、被接種者が生活保護受給者の場合にのみ記載し、その他の公費負担医療の受給者の場合は、空欄にしてください。
- 被保険者番号等又は受給者番号等が不明の場合は、「不明」と記載してください。
- 別添1の報告基準において算用数字を付している症状については、定められた期間内に発生した場合は、因果関係の有無にかかわらず、国に報告することが義務付けられています。
- 報告基準に定められている症状については、「医師が予防接種との関連性が高いと認める症状であって、①入院治療を必要とするもの、②死亡、③身体の機能の障害に至るもの又は④死亡若しくは身体の機能の障害に至るおそれのあるもの」に該当する場合は、報告対象となります。
- 報告基準において定められた発生までの期間を超えて発生した症状であっても、それが予防接種を受けたことによるものと疑われ、7.に該当する場合は、報告してください。
- 報告基準において複数の症状が含まれているもの(「脳炎・脳症」、「BCG骨炎(骨髄炎、骨膜炎)」、「疼痛又は運動障害を中心とする多様な症状」)を「主たる症状」として報告する場合は、複数の症状のうち、主たるものを1つ記載してください。「脳炎・脳症」の場合、「脳炎」又は「脳症」のうちどちらか1つを記載してください。)
- 報告基準は、予防接種後一定の期間内に現れた症状を報告するためのものであり、予防接種との因果関係や予防接種健康被害救済と直接に結びつくものではありません。
- 「症状の転帰」について、報告時点で、記載された症状が未回復である場合には「未回復」に、記載された症状による障害等がある場合には「後遺症」に○印を記載してください。
- 報告対象の症状が、急性散在性脳脊髄炎(ADEM)、ギラン・バレー症候群(GBS)、血栓症(血栓性血栓症を含む、血小板減少症を伴うものに限る。)(TTS)、心筋炎又は心膜炎に該当する場合は、別途、調査票を記入の上、提出してください。
- HPVワクチンについては、接種後に広範な慢性的疼痛又は運動障害を中心とする多様な症状が発生する場合があるため、これらの症状と接種との関連性が認められる場合は、報告してください。HPVワクチンの定期接種(キャッチアップ接種を含む。)にあっては、交互接種の後に生じたものである場合、「臨床経過」欄にその旨を明記してください。HPVワクチンのキャッチアップ接種において、過去に接種したヒトパピローマウイルス様粒子ワクチンの種類が不明の場合は、「臨床経過」欄にその旨を明記してください。
- 新型コロナワクチンについては、これまでワクチン接種との因果関係が示されていない症状も含め、幅広く詳細を行っていく必要があることから、当面の間、以下の症状については副反応疑い報告を積極的に検討するとともに、これら以外の症状(遅発性の症状又は遷延する症状を含む。)についても必要に応じて報告を検討してください。  
(けいれん(ただし、熱性けいれんを除く。)、ギラン・バレー症候群、急性散在性脳脊髄炎(ADEM)、血小板減少性紫斑病、血管炎、無菌性髄膜炎、脳炎・脳症、脊髄炎、関節炎、顔面神経麻痺、血管迷走神経反射(失神を伴うもの))  
なお、医薬品医療機器総合機構ウェブサイト上に新型コロナワクチンに係る報告の記載例を示しているため、報告にあたっては参照してください。
- RSウイルス母子免疫ワクチンについては、接種を受けた妊婦に発現した症状のみならず、胎児又は出生した児において発現した副反応が疑われる症状についても、(医師が予防接種との関連性が高いと認める症状であって、入院治療を必要とするもの、死亡、身体の機能の障害に至るもの又は死亡若しくは身体の機能の障害に至るおそれのあるもの)に該当する場合は、副反応疑い報告の対象となります。  
胎児において発現した副反応が疑われる症状について報告する場合は、「被接種者情報」欄には、母親の情報を記載してください。  
出生した児において発現した副反応が疑われる症状について報告する場合は、「被接種者情報」欄には、出生した児の情報を記載してください。その場合、「被接種ワクチンに関する情報」欄及び「接種場所に関する情報」欄には、母親に対して行われた予防接種の情報を記載するとともに、「臨床経過」欄に、予防接種を受けた母親の氏名又はイニシャル、性別、住所、生年月日、接種時年齢を記載してください。  
母親と出生した児の両者に副反応が疑われる症状が生じ、それらについて報告する場合、母親と出生した児で別々に副反応疑い報告を行ってください。その場合、母子それぞれの報告において、「臨床経過」欄に、「母体/児において〇〇が発生しており、〇年〇月〇日付けで、別途副反応疑い報告を提出している。」旨記載してください。
- 報告された情報については、厚生労働省、国立健康危機管理研究機構、医薬品医療機器総合機構で共有します。また、患者(被接種者)の氏名、生年月日及び被保険者番号等を除いた情報を、製造販売業者に提供します。報告を行った医療機関等に対し、医薬品医療機器総合機構又は製造販売業者が詳細調査を行う場合があります。
- 報告された情報については、ワクチンの安全対策の一環として、広く情報を公表することがありますが、その場合には、施設名及び患者のプライバシー等に関する部分は除きます。
- 患者に予防接種を行った医師等以外の医師等も予防接種を受けたことによるものと疑われる症状を知った場合には報告を行うこととされています。なお、報告いただく場合においては、把握が困難な事項については、記載いただく必要はありません。
- 電子報告システム(報告受付サイト)による報告は、以下の独立行政法人医薬品医療機器総合機構ウェブサイトよりアクセスし、報告書を作成、提出してください。  
URL: <https://www.pmda.go.jp/safety/reports/bcp/0002.html>
- FAXでの報告は、独立行政法人医薬品医療機器総合機構の下記のFAX番号宛てに送付してください。  
FAX番号: 0120-176-146(各種ワクチン共通)
- 予防接種法に基づく予防接種(定期接種又は臨時接種)を受けた方に健康被害が生じた場合、予防接種健康被害救済制度により、医療費・障害年金等の給付を受けられる場合があります。また、任意の予防接種により健康被害が生じた場合、医薬品副作用被害救済制度又は生物由来製品感染等被害救済制度の対象となる場合があります。予防接種による副反応が疑われる症状を呈した患者が、これらの制度の対象になると考えられる場合は、当該患者又はその保護者にこれらの制度を紹介して下さい。  
予防接種健康被害救済制度: <https://www.mhlw.go.jp/stf/seisakunitsuite/bunya/vaccine/kenkouhigaiakyusai.html>  
医薬品副作用被害救済制度・生物由来製品感染等被害救済制度: <https://www.pmda.go.jp/relief-services/index.html>

(別添1)

|      | 対象疾病                                                                           | 症 状                                   | 発生までの<br>時 間 | 左記の「その他の反応」の例                                                                                                                                                                                                                                                                                                |
|------|--------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------|--------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 報告基準 | ジフテリア<br>百日せき<br>急性灰白髄炎<br>破傷風<br>Hib感染症<br>(Hib感染症においては、B細胞結合ワクチンを使用する場合に限る。) | 1 アナフィラキシー                            | 4時間          | a 無呼吸<br>b 気管支けいせい<br>c 急性散在性脳脊髄炎(ADEM)<br>d 多発性硬化症<br>e 脳炎・脳症<br>f 脊髄炎<br>g けいせい<br>h ギラン・バレー症候群<br>i 視神経炎<br>j 顔面神経麻痺<br>k 末梢神経障害<br>l 知覚異常<br>m 血小板減少性紫斑病<br>n 血管炎<br>o 肝機能障害<br>p ネフローゼ症候群<br>q 喘息発作<br>r 間質性肺炎<br>s 皮膚粘膜眼症候群<br>t ぶどう膜炎<br>u 関節炎<br>v 蜂巣炎<br>w 血管迷走神経反射<br>x a～w以外の場合に医学的に認められている症状名を記載 |
|      |                                                                                | 2 脳炎・脳症                               | 28日          |                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |
|      |                                                                                | 3 けいせい                                | 7日           |                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |
|      |                                                                                | 4 血小板減少性紫斑病                           | 28日          |                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |
|      |                                                                                | 5 その他の反応                              | —            |                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |
|      | 麻疹<br>風疹                                                                       | 1 アナフィラキシー                            | 4時間          |                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |
|      |                                                                                | 2 急性散在性脳脊髄炎(ADEM)                     | 28日          |                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |
|      |                                                                                | 3 脳炎・脳症                               | 28日          |                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |
|      |                                                                                | 4 けいせい                                | 21日          |                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |
|      |                                                                                | 5 血小板減少性紫斑病                           | 28日          |                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |
|      |                                                                                | 6 その他の反応                              | —            |                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |
|      | 日本脳炎                                                                           | 1 アナフィラキシー                            | 4時間          |                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |
|      |                                                                                | 2 急性散在性脳脊髄炎(ADEM)                     | 28日          |                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |
|      |                                                                                | 3 脳炎・脳症                               | 28日          |                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |
|      |                                                                                | 4 けいせい                                | 7日           |                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |
|      |                                                                                | 5 血小板減少性紫斑病                           | 28日          |                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |
|      |                                                                                | 6 その他の反応                              | —            |                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |
|      | 結核(BCG)                                                                        | 1 アナフィラキシー                            | 4時間          |                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |
|      |                                                                                | 2 全身播種性BCG感染症                         | 1年           |                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |
|      |                                                                                | 3 BCG骨炎(骨髄炎、骨膜炎)                      | 2年           |                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |
|      |                                                                                | 4 皮膚結核様病変                             | 3か月          |                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |
|      |                                                                                | 5 化膿性リンパ節炎                            | 4か月          |                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |
|      |                                                                                | 6 髄膜炎(BCGによるものに限る。)                   | —            |                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |
|      |                                                                                | 7 その他の反応                              | —            |                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |
|      | Hib感染症<br>(Hib単独ワクチンを使用する場合に限る。)<br>小児の肺炎球菌感染症<br>高齢者の肺炎球菌感染症                  | 1 アナフィラキシー                            | 4時間          |                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |
|      |                                                                                | 2 けいせい                                | 7日           |                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |
|      |                                                                                | 3 血小板減少性紫斑病                           | 28日          |                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |
|      |                                                                                | 4 その他の反応                              | —            |                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |
|      | ヒトパピローマウイルス感染症                                                                 | 1 アナフィラキシー                            | 4時間          |                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |
|      |                                                                                | 2 急性散在性脳脊髄炎(ADEM)                     | 28日          |                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |
|      |                                                                                | 3 ギラン・バレー症候群                          | 28日          |                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |
|      |                                                                                | 4 血小板減少性紫斑病                           | 28日          |                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |
|      |                                                                                | 5 血管迷走神経反射(失神を伴った)                    | 30分          |                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |
|      |                                                                                | 6 疼痛又は運動障害を中心とする多様な症状                 | —            |                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |
|      |                                                                                | 7 その他の反応                              | —            |                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |
|      | 水痘<br>帯状疱疹                                                                     | 1 アナフィラキシー                            | 4時間          |                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |
|      |                                                                                | 2 ギラン・バレー症候群                          | 28日          |                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |
|      |                                                                                | 3 血小板減少性紫斑病                           | 28日          |                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |
|      |                                                                                | 4 無菌性髄膜炎(帯状疱疹を伴うもの)                   | —            |                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |
|      |                                                                                | 5 その他の反応                              | —            |                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |
|      | B型肝炎                                                                           | 1 アナフィラキシー                            | 4時間          |                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |
|      |                                                                                | 2 急性散在性脳脊髄炎(ADEM)                     | 28日          |                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |
|      |                                                                                | 3 多発性硬化症                              | 28日          |                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |
|      |                                                                                | 4 脊髄炎                                 | 28日          |                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |
|      |                                                                                | 5 ギラン・バレー症候群                          | 28日          |                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |
|      |                                                                                | 6 視神経炎                                | 28日          |                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |
|      |                                                                                | 7 末梢神経障害                              | 28日          |                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |
|      |                                                                                | 8 その他の反応                              | —            |                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |
|      | ロタウイルス感染症                                                                      | 1 アナフィラキシー                            | 4時間          |                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |
|      |                                                                                | 2 腸重積症                                | 21日          |                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |
|      |                                                                                | 3 その他の反応                              | —            |                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |
|      | RSウイルス感染症                                                                      | 1 アナフィラキシー                            | 4時間          |                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |
|      |                                                                                | 2 その他の反応                              | —            |                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |
|      | インフルエンザ                                                                        | 1 アナフィラキシー                            | 4時間          |                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |
|      |                                                                                | 2 急性散在性脳脊髄炎(ADEM)                     | 28日          |                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |
|      |                                                                                | 3 脳炎・脳症                               | 28日          |                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |
|      |                                                                                | 4 けいせい                                | 7日           |                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |
|      |                                                                                | 5 脊髄炎                                 | 28日          |                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |
|      |                                                                                | 6 ギラン・バレー症候群                          | 28日          |                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |
|      |                                                                                | 7 視神経炎                                | 28日          |                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |
|      |                                                                                | 8 血小板減少性紫斑病                           | 28日          |                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |
|      |                                                                                | 9 血管炎                                 | 28日          |                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |
|      |                                                                                | 10 肝機能障害                              | 28日          |                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |
|      |                                                                                | 11 ネフローゼ症候群                           | 28日          |                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |
|      |                                                                                | 12 喘息発作                               | 24時間         |                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |
|      |                                                                                | 13 間質性肺炎                              | 28日          |                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |
|      |                                                                                | 14 皮膚粘膜眼症候群                           | 28日          |                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |
|      |                                                                                | 15 急性汎発性発疹性膿疱症                        | 28日          |                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |
|      |                                                                                | 16 その他の反応                             | —            |                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |
|      | 新型コロナウイルス感染症                                                                   | 1 アナフィラキシー                            | 4時間          |                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |
|      |                                                                                | 2 血栓症(血栓塞栓症を含む。)<br>(血小板減少症を伴うものに限る。) | 28日          |                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |
|      |                                                                                | 3 心筋炎                                 | 28日          |                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |
|      |                                                                                | 4 心膜炎                                 | 28日          |                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |
|      |                                                                                | 5 熱性けいせい                              | 7日           |                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |
|      |                                                                                | 6 その他の反応                              | —            |                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |

長期療養が必要な疾患等で定期予防接種を受ける機会を逸した方で  
予防接種を希望される方へ

長期療養が必要な疾患等で定期予防接種を受ける機会を逸した予防接種を希望される場合は以下の手続きをお願いいたします。

- 1) 別紙（様式 1）「長期療養が必要な疾患等で定期予防接種を受ける機会を逸した予防接種についての申請書」に必要事項をご記入の上、保健所防疫課にご提出ください。

〔記入上の注意事項〕

- ・保護者が申請してください。
- ・主治医に「主治医意見記入欄」を記入してもらってください。
- ・予防接種の種類については、定期の予防接種に限ります。
- ・郵送での手続きを希望される方は、返送先を明記の上、84 円切手を貼った返信用封筒を必ず同封してください。（住所と書類送付先が異なる場合は、余白に送付先が分かるようにご記入ください。）郵送の場合、手続きには約 1 ～ 2 週間かかりますので余裕をもってお申し込みください。

- 2) 提出いただいた申請書に基づき、姫路市から接種に必要な書類を申請者に発行いたします。発行された書類を、接種時に医療機関にご提出ください。

※延長できる予防接種には年齢制限等があるものもあります。また、申請書の内容を審査しますので、すべてのご希望に添えることができない場合もございます。ご了承ください。

※申請書は定期予防接種の特例措置対象者に該当するかどうかを判断することを目的としています。申請の内容は姫路市、兵庫県、厚生労働省に報告されますので、ご理解ください。

〔問い合わせ・書類提出先〕

姫路市保健所 予防課

〒670-8530 姫路市坂田町 3 番地

TEL (079) 289-1721

FAX (079) 289-0210

長期療養が必要な疾患等で定期予防接種を受ける  
機会を逸した予防接種について申請書

別紙 6

年 月 日

(あて先) 姫路市長

下記の者について、予防接種法施行令第1条の3第2項の規定に基づき長期にわたり療養が必要であり、定期予防接種を受ける機会を逸した予防接種について接種を希望しますので申請します。

また、この申請書は定期予防接種の特例措置対象者に該当するかどうかを判断することを目的とし、このことを理解の上、この申請書が姫路市、兵庫県、厚生労働省に報告されることに同意します。

|            |              |                  |
|------------|--------------|------------------|
| 被接種者       | 住 所          | 姫路市<br>(電話 — — ) |
|            | フリ ガナ<br>氏 名 |                  |
|            | 生年月日         | 年 月 日生 (満 歳 か月)  |
| 接種を逸した予防接種 |              |                  |
| 接種希望医療機関   |              |                  |

申請者(保護者) 自署 続柄 ( )

## 主治医意見記入欄

上記の者は、以下の医学的理由により定期予防接種が不可能な期間があったと判断します。

|                      |                              |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |       |
|----------------------|------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------|
| 疾病名等、特別な<br>事情の内容    | 疾 病 名                        |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |       |
|                      | 該当理由<br>(該当する項目に<br>✓してください) | <input type="checkbox"/> ① 重症複合免疫不全症等、その他免疫機能に支障を生じさせる重篤な疾病<br><input type="checkbox"/> ② 白血病等免疫機能を抑制する治療を必要とする重篤な疾病<br><input type="checkbox"/> ③ ①又は②に準ずるもので、予防接種を受けるのが適当でないと判断される疾病<br><input type="checkbox"/> ④ 臓器移植を受けた後、免疫機能を抑制する治療を受けたこと<br><input type="checkbox"/> ⑤ 医学的知見に基づき、①～④に準ずると認められるもの<br>⑤の理由 |       |
|                      |                              | 予防接種不適当要因が生じた日                                                                                                                                                                                                                                                                                                   | 年 月 日 |
|                      |                              | 予防接種不適当要因が解消された日                                                                                                                                                                                                                                                                                                 | 年 月 日 |
| 今回実施する予防<br>接種の種類と回数 |                              |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |       |
| 今後の予防接種の<br>計画と回数等   |                              |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |       |

年 月 日

医療機関所在地

医療機関名

医師名

印

↓接種番号

↓予防接種名を記載すること

# （ ）（ ） 予防接種予診票 不応用

予防接種の説明を必ず読み、太枠内の必要事項を記入してください。

発行医療機関で記載し、保護者にお渡しください。

|                                         |                              |              |               |       |       |                |  |
|-----------------------------------------|------------------------------|--------------|---------------|-------|-------|----------------|--|
| 発行日                                     | 年 月 日                        | 発行医療機関       |               |       | 不応理由  |                |  |
| 受ける人の氏名                                 |                              |              | 健康番号          |       | 生年月日  | 年 月 日 (満 歳 か月) |  |
| 接種歴<br>※複数回接種する予防接種の場合<br>過去の接種日を記入すること | 1回目                          | 年 月 日        | 2回目           | 年 月 日 | 3回目   | 年 月 日          |  |
| 住 所                                     | ※接種日において姫路市に住民票のある方のみ接種できます。 |              |               |       |       |                |  |
| 保護者の同伴                                  | あり・なし                        | 「なし」の場合緊急連絡先 | Tel ( ) - ( ) |       | 保護者氏名 | 続柄 ( )         |  |

| 診察前の体温                                                                                             |                                                                                                                                                    | 度 分   |     |       |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------|-----|-------|
| 質 問 事 項                                                                                            |                                                                                                                                                    | 回 答 欄 |     | 医師記入欄 |
| 今日受ける予防接種について、姫路市から配られている説明書を読みましたか                                                                |                                                                                                                                                    | は い   | いいえ |       |
| あなたのお子さまの発育歴についておたずねします<br>分娩時に異常がありましたか<br>出生体重 ( ) g<br>出生後に異常がありましたか<br>乳児検診で異常があるといわれたことがありますか |                                                                                                                                                    | は い   | いいえ |       |
| 今日体に具合の悪いところがありますか 具体的な症状を書いてください<br>( )                                                           |                                                                                                                                                    | は い   | いいえ |       |
| 最近1か月以内に病気にかかりましたか<br>病名 ( )                                                                       |                                                                                                                                                    | は い   | いいえ |       |
| 生まれてから今までに家族など身のまわりに結核にかかった方がいましたか                                                                 |                                                                                                                                                    | は い   | いいえ |       |
| 1か月以内に家族や遊び仲間に麻疹、風しん、水痘、おたふくかぜなどの病気の方がいま<br>病名 ( )                                                 |                                                                                                                                                    | は い   | いいえ |       |
| 1か月以内に予防接種を受けましたか<br>予防接種の種類 ( )                                                                   |                                                                                                                                                    | は い   | いいえ |       |
| 生まれてから今までに先天性異常、心臓、腎臓、肝臓、脳神経、免疫不全症その他の病気に、<br>医師の診察を受けていますか<br>病名 ( )                              |                                                                                                                                                    | は い   | いいえ |       |
| その病気を診てもらっている医師に今日の予防接種を受けてよいといわれましたか                                                              |                                                                                                                                                    | は い   | いいえ |       |
| ひきつか(けいれん)をおこしたことがありますか ( ) 歳頃                                                                     |                                                                                                                                                    | は い   | いいえ |       |
| そのとき熱がでましたか                                                                                        |                                                                                                                                                    | は い   | いいえ |       |
| 薬や食品で皮膚に発疹やじんましんが出たり、体の具合が悪くなったことがありますか                                                            |                                                                                                                                                    | は い   | いいえ |       |
| 近親者に先天性免疫不全と診断されている方はいますか                                                                          |                                                                                                                                                    | は い   | いいえ |       |
| これまでに予防接種を受けて具合が悪くなったことはありますか<br>予防接種の種類 ( )                                                       |                                                                                                                                                    | は い   | いいえ |       |
| 近親者に予防接種を受けて具合が悪くなった人はいますか                                                                         |                                                                                                                                                    | は い   | いいえ |       |
| 6か月以内に輸血あるいはガンマグロブリンの注射を受けましたか                                                                     |                                                                                                                                                    | は い   | いいえ |       |
| 現在妊娠している、または妊娠している可能性(生理が遅れているなど)はありますか                                                            |                                                                                                                                                    | は い   | いいえ |       |
| 今日の予防接種について質問がありますか                                                                                |                                                                                                                                                    | は い   | いいえ |       |
| 医師記入欄                                                                                              | 以上の問診及び診察の結果、今日の予防接種は ( 実施できる・見合わせた方がよい※ ) と判断します。<br>保護者または接種を受ける本人に対して、予防接種の効果、副反応及び予防接種健康被害救済制度について、説明をしました<br>※見合わせの理由 ( )<br>医師署名又は記名押印 _____ |       |     |       |

|                                                                                                                                |                                                                         |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------|
| ● 医師の診察・説明を受け、予防接種の効果や目的、重篤な副反応の可能性、予防接種健康被害救済制度などについて理解した上で、接種します。<br>● この予診票は、予防接種の安全性の確保を目的としています。このことを理解の上、本予診票を姫路市に提出します。 | 左記の2点について<br>どちらかを○で囲んでください。同意します・同意しません<br>保護者自署<br>保護者が委任した人 (連れてきた人) |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------|

| 使用ワクチン          | 接 種 量          | 実 施 場 所 ・ 医 師 名 ・ 接 種 年 月 日 |          |
|-----------------|----------------|-----------------------------|----------|
| ワクチン名           | ・皮下接種<br>・筋肉接種 | 実施場所                        |          |
| Lot No.         |                | 医師名                         |          |
| ※有効期限が切れていないか確認 | m1             | 接種年月日                       | 20 年 月 日 |

別紙 8

↓接種番号

↓予防接種名を記載すること

( 80 ) ( 高齢者肺炎球菌 ) 予防接種予診票 不応用

自己負担区分( (1)一般・(2)非課税世帯・(3)生活保護受給世帯(証明書添付必要) )のいずれかに○をつける。

発行医療機関で記載し、対象者にお渡しください。

|         |       |        |      |                |
|---------|-------|--------|------|----------------|
| 発行日     | 年 月 日 | 発行医療機関 | 不応理由 |                |
| 受ける人の氏名 | 男・女   | 健康番号   | 生年月日 | 年 月 日 (満 歳 か月) |

予防接種の説明を必ず読み、太枠内の必要事項を記入してください。

|     |                              |
|-----|------------------------------|
| 住 所 | ※接種日において姫路市に住民票のある方のみ接種できます。 |
|-----|------------------------------|

| 診察前の体温                                      |                                                                                                  | 度 | 分   |
|---------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------|---|-----|
| 質 問 事 項                                     | 回                                                                                                | 答 | 欄   |
| 今日受ける肺炎球菌ワクチン予防接種について、姫路市から配られている説明書を読みましたか | は                                                                                                | い | いいえ |
| 今日受ける肺炎球菌ワクチン予防接種の効果や副反応などについて理解しましたか       | は                                                                                                | い | いいえ |
| 現在何か病気にかかっていますか                             | は                                                                                                | い | いいえ |
| 病名 ( )                                      |                                                                                                  |   |     |
| 治療(投薬など)を受けていますか                            | は                                                                                                | い | いいえ |
| その病気の主治医には、今日の予防接種を受けてよいと言われましたか            | は                                                                                                | い | いいえ |
| 免疫不全と診断されたことがありますか                          | は                                                                                                | い | いいえ |
| 今日体に具合の悪いところがありますか 具体的な症状を書いてください ( )       | は                                                                                                | い | いいえ |
| ひきつけ(けいれん)をおこしたことがありますか                     | は                                                                                                | い | いいえ |
| 1か月以内に予防接種を受けましたか                           | は                                                                                                | い | いいえ |
| 予防接種の種類 ( )                                 |                                                                                                  |   |     |
| 心臓病、腎臓病、肝臓病、血液疾患などの慢性疾患にかかったことがありますか        | は                                                                                                | い | いいえ |
| 病名 ( )                                      |                                                                                                  |   |     |
| その病気を診てもらっている医師に今日の予防接種を受けてよいと言われましたか       | は                                                                                                | い | いいえ |
| 最近1か月以内に熱が出たり、病気にかかったりしましたか                 | は                                                                                                | い | いいえ |
| 病 名 ( )                                     |                                                                                                  |   |     |
| 今日の予防接種について質問がありますか                         | は                                                                                                | い | いいえ |
| 医師記入欄                                       | 以上の問診及び診察の結果、今日の予防接種は ( 可能 ・ 見合わせる )<br>本人に対して、予防接種の効果、副反応及び予防接種健康被害救済制度について、説明した。<br>医師署名又は記名押印 |   |     |

| ワクチンロット番号 | 接 種 量                                | 実 施 場 所 ・ 医 師 名 ・ 接 種 年 月 日   |
|-----------|--------------------------------------|-------------------------------|
| Lot No.   | ・皮下接種 } いずれかに<br>・筋肉接種 } ○をつける<br>ml | 実施場所<br>医師名<br>接種年月日 20 年 月 日 |

高齢者肺炎球菌ワクチン予防接種希望書(医師の診察の結果を聞かれた後に記入してください。)

|                                                                                                                              |                                           |    |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------|----|
| 医師の診察・説明を受け、予防接種の効果や副反応などについて理解した上で、接種を希望しますか。                                                                               | 接種を ( 希望します ・ 希望しません )<br>どちらかを○で囲んでください。 |    |
| この予診票は、予防接種の安全性の確保を目的としています。<br>このことを理解の上、本予診票が姫路市に提出されることに同意します。<br>※本人が署名困難な場合、家族又はかかりつけ医の協力により本人の意思確認が取れる場合のみ代筆することが可能です。 | 年 月 日                                     |    |
|                                                                                                                              | 本人署名                                      |    |
|                                                                                                                              | 代筆者<br>署 名                                | 続柄 |

↓ 接種番号

↓ 予防接種名を記載すること

# （ ）（ ） 帯状疱疹 ） 予防接種予診票 不応用

自己負担区分（（１）一般・（２）非課税世帯・（３）生活保護受給世帯（証明書添付必要））のいずれかに○をつける。

発行医療機関で記載し、対象者にお渡しください。

|         |        |          |      |        |      |           |
|---------|--------|----------|------|--------|------|-----------|
| 発行日     | 年      | 月        | 日    | 発行医療機関 | 不応理由 |           |
| 受ける人の氏名 | 男<br>女 | 健康<br>番号 | 生年月日 | 年      | 月    | 日（満 歳 か月） |

予防接種の説明を必ず読み、太枠内の必要事項を記入してください。

|     |                              |
|-----|------------------------------|
| 住 所 | ※接種日において姫路市に住民票のある方のみ接種できます。 |
|-----|------------------------------|

| 質 問 事 項                                       |                                                                                                 | 診察前の体温 | 度   | 分     |
|-----------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------|--------|-----|-------|
| 今日受ける予防接種の説明書を読みましたか                          |                                                                                                 | は い    | いいえ | 医師記入欄 |
| 今日受ける予防接種の効果や副反応などについて理解しましたか                 |                                                                                                 | は い    | いいえ |       |
| 現在何か病気にかかっていますか<br>病名（ ）                      |                                                                                                 | は い    | いいえ |       |
| 治療（投薬など）を受けていますか                              |                                                                                                 | は い    | いいえ |       |
| その病気の主治医には、今日の予防接種を受けてよいと言われましたか              |                                                                                                 | は い    | いいえ |       |
| 免疫不全と診断されたことがありますか                            |                                                                                                 | は い    | いいえ |       |
| 今日体に具合の悪いところがありますか 具体的な症状を書いてください<br>（ ）      |                                                                                                 | は い    | いいえ |       |
| 薬や食品で皮膚に発疹やじんましんが出たり、体の具合が悪くなったことがありますか       |                                                                                                 | は い    | いいえ |       |
| ひきつけ（けいれん）をおこしたことがありますか                       |                                                                                                 | は い    | いいえ |       |
| 1 か月以内に予防接種を受けましたか<br>予防接種の種類（ ）              |                                                                                                 | は い    | いいえ |       |
| 心臓病、腎臓病、肝臓病、血液疾患などの慢性疾患にかかったことがありますか<br>病名（ ） |                                                                                                 | は い    | いいえ |       |
| その病気を診てもらっている医師に今日の予防接種を受けてよいと言われましたか         |                                                                                                 | は い    | いいえ |       |
| 最近1 か月以内に熱が出たり、病気にかかったりしましたか<br>病 名（ ）        |                                                                                                 | は い    | いいえ |       |
| 6 か月以内に輸血あるいはガンマグロブリンの注射を受けましたか               |                                                                                                 | は い    | いいえ |       |
| 今日の予防接種について質問がありますか                           |                                                                                                 | は い    | いいえ |       |
| 医師記入欄                                         | 以上の問診及び診察の結果、今日の予防接種は（ 可能 ・ 見合わせる ）<br>本人に対して、予防接種の効果、副反応及び予防接種健康被害救済制度について、説明した。<br>医師署名又は記名押印 |        |     |       |

|           |                  |                                    |                               |
|-----------|------------------|------------------------------------|-------------------------------|
| ワクチンロット番号 | 接 種 量            | 接種量                                | 実 施 場 所 ・ 医 師 名 ・ 接 種 年 月 日   |
| Lot No.   | シングリックス<br>筋肉内注射 | 乾燥弱毒性水痘ワクチン「ビケン」<br>皮下注射<br>0.5 ml | 実施場所<br>医師名<br>接種年月日 20 年 月 日 |

予防接種希望書（医師の診察の結果を聞かれた後に記入してください。）

|                                                                                                                              |                                          |  |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------|--|
| 医師の診察・説明を受け、予防接種の効果や副反応などについて理解した上で、接種を希望しますか。                                                                               | 接種を（ 希望します ・ 希望しません ）<br>どちらかを○で囲んでください。 |  |
| この予診票は、予防接種の安全性の確保を目的としています。<br>このことを理解の上、本予診票が姫路市に提出されることに同意します。<br>※本人が署名困難な場合、家族又はかかりつけ医の協力により本人の意思確認が取れる場合のみ代筆することが可能です。 | 年 月 日<br>本人署名<br>代筆者 署 名 続柄              |  |

## B 類予防接種 各論 1 【高齢者肺炎球菌】

### 各論 1-1 対象者

下表の年齢・状態にある者で、予診票（接種券）を持っている姫路市に住民登録している者。ただし、過去に肺炎球菌ワクチン（20 価）予防接種を受けたことのある者（公費、自費問わず）は原則対象外。

|   |                                                                                                                         |
|---|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 1 | 接種日時点で満 65 歳の者                                                                                                          |
| 2 | 接種日において満 60 歳以上 65 歳未満で心臓、腎臓若しくは呼吸器の機能の障害又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ものとして厚生労働省令で定めるものに該当する者（身体障害者手帳 1 級、または同程度と診断された者。） |

### 各論 1-2 接種券の送付

対象者には、65 歳を迎えた日以降に接種券（予診票）を郵送します。

### 各論 1-3 対象期間

66 歳の誕生日の前日まで。

### 各論 1-4 委託料（自己負担額）

| 区分         | 委託料<br>(R8.8 以後の委託料)   | 自己負担額   | 添付書類                                                 |
|------------|------------------------|---------|------------------------------------------------------|
| 生活保護受給中の者  | 11,561 円<br>(11,715 円) | 0 円     | 生活保護証明書                                              |
| 市民税非課税世帯の者 | 8,561 円<br>(8,715 円)   | 3,000 円 | 以下のいずれか 1 つ<br>①市民税にかかる証明書<br>②介護保険納付通知書（第 1～3 段階）の写 |
| 上記以外の者     | 4,561 円<br>(4,715 円)   | 7,000 円 | -                                                    |
| 問診のみ（不応料）  | 3,201 円<br>(3,355 円)   | -       | -                                                    |

※添付書類は実施報告書兼請求書にホチキス等でまとめて添付すること。（予診票につけない）

※委託料・自己負担額は消費税込みの額です。

### 1-5 接種不可（不応）者への対応

接種不可の者へは「不応用高齢者肺炎球菌予防接種予診票…別紙 8」に必要事項を記載し、被接種者へ渡してください。

### 1-6 その他

（1）公費負担は実施期間中 1 人に 1 回の接種のみ認められます。2 回目以降及び過去に肺炎球菌ワクチン（20 価）の接種歴（公費・自費問わず）がある場合は、原則任意接種扱いとなり、全

額自己負担となります。

(2) 予診票に記載する接種日は「西暦」で記載してください。

## B 類予防接種 各論 2 【带状疱疹予防接種】

### 各論 2-1 対象者

下表の年齢・状態にある者で、予診票（接種券）を持っている姫路市に住民登録している者。また、過去に带状疱疹予防接種を受けたことのある者で医師が接種を必要と認める場合は対象となる。

|   |                                                                                                        |
|---|--------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 1 | 経過措置期間中（令和 7 年 4 月 1 日から令和 12 年 3 月 31 日まで）は各年度で 65,70,75, 80,85,90,95,100 歳（令和 7 年度は 101 歳以上も含む。）となる者 |
| 2 | 接種日において満 60 歳以上満 65 歳未満の者であって、ヒト免疫不全ウイルスにより免疫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者。（身体障害者手帳 1 級、または同程度と診断された者。）  |

### 各論 2-2 予診票（接種券）の送付

対象者 1 には、7 月頃に接種券（予診票）を郵送します。（予定）

### 各論 2-3 対象期間

各年度末まで。

### 各論 2-4 委託料（自己負担額）

| 区分         | ワクチン    | 委託料<br>(R8.8 以後の委託料)   | 自己負担額    | 添付書類                                       |
|------------|---------|------------------------|----------|--------------------------------------------|
| 生活保護受給中の者  | ビケン     | 8,591 円<br>(8,745 円)   | 0 円      | 生活保護証明書                                    |
|            | シングリックス | 21,791 円<br>(21,945 円) | 0 円      |                                            |
| 市民税非課税世帯の者 | ビケン     | 6,591 円<br>(6,745 円)   | 2,000 円  | 原則不要<br>予診票に「自己負担<br>(2)」と記載 <sup>注1</sup> |
|            | シングリックス | 13,791 円<br>(13,945 円) | 8,000 円  |                                            |
| 上記以外の者     | ビケン     | 4,591 円<br>(4,745 円)   | 4,000 円  | -                                          |
|            | シングリックス | 4,791 円<br>(4,945 円)   | 17,000 円 |                                            |
| 問診のみ（不応料）  |         | 3,201 円<br>(3,355 円)   | -        | -                                          |

注 1 予診票（接種券）に被接種者の税情報を印字しています。自己負担（2）の場合は添付書類は不要です。

| 印字された番号 | 内容               |
|---------|------------------|
| 自己負担（1） | 課税世帯若しくは税情報が不明な者 |
| 自己負担（2） | 市民税非課税世帯         |

「自己負担（1）」でも、年度途中で非課税世帯へ変更となった方は、次の書類を添付すること

で市民税非課税世帯の自己負担額となります。

- ①「市民税にかかる証明書（保健事業（検診・予防接種）用）」  
（市役所主税課、支所、出張所等で発行。）

- ②「介護保険料納付通知書」（第 1 から第 3 段階の方※）

※第 4 段階以上だが、非課税世帯に該当する方は①③④をご利用ください。

- ③「マイナ保険証」

（後期高齢者医療保険で区分が低所得Ⅰ・Ⅱの方に限る）

- ④「後期高齢者医療資格確認書（限度区分の欄に区Ⅰ、区Ⅱの記載があるものに限る）」

※③マイナ保険証での確認に限り予診票に記載するのみで画面コピー等の添付は不要です。

また、定期接種対象者の内、生活保護世帯の方は、番号に関わらず「生活保護証明書」の添付で無料となります。

※添付書類は実施報告書兼請求書にホチキス等でまとめて添付すること。（予診票につけない）

※委託料・自己負担額は消費税込みの額です。

## 2-5 接種不可（不応）者への対応

---

接種不可の者へは「不応用带状疱疹予防接種予診票…別紙 9」に必要事項を記載し、被接種者へ渡してください。

## 2-6 その他

---

- （１）予診票に記載する接種日は「西暦」で記載してください。

## B 類予防接種 各論 3 【高齢者インフルエンザ】

### 3-1 対象者

下表の年齢・状態にある者で、姫路市に住民登録している者。ただし、下記実施期間中の 1 回のみの対象となる。

|   |                                                                                                                         |
|---|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 1 | 接種日時時点で満 65 歳以上の者                                                                                                       |
| 2 | 接種日において満 60 歳以上 65 歳未満で心臓、腎臓若しくは呼吸器の機能の障害又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ものとして厚生労働省令で定めるものに該当する者（身体障害者手帳 1 級、または同程度と診断された者。） |

### 3-1 接種券の送付

個人あてに接種券（予診票）の郵送はしていません。医療機関に予め白紙の予診票を送付しますので、対象者には、本人確認後に医療機関から予診票を渡してください。

※注 姫路市及びたつの市、太子町、宍粟市の定期接種対象者以外に本予診票を利用しないでください。

### 3-3 実施期間

令和 8 年 10 月 1 日（木）～令和 9 年 1 月 31 日（日）

### 3-4 委託料（自己負担額）

| 区分         | 委託料<br>(R8.8 以後の委託料) | 自己負担額   | 添付書類                                                                                                                                                                                |
|------------|----------------------|---------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 生活保護受給中の者  | 5,291 円<br>(5,445 円) | 0 円     | 生活保護証明書                                                                                                                                                                             |
| 市民税非課税世帯の者 | 5,291 円<br>(5,445 円) | 0 円     | 以下のいずれか 1 つ<br>①「市民税にかかる証明書（保健事業（検診・予防接種）用）」<br>②「介護保険料納付通知書」（第 1 から第 3 段階の方）<br>③「マイナ保険証」 <sup>注 1</sup><br>（後期高齢者医療保険で区分が低所得Ⅰ・Ⅱの方に限る）<br>④「後期高齢者医療資格確認書（限度区分の欄に区Ⅰ、区Ⅱの記載があるものに限る）」 |
| 上記以外の者     | 3,791 円<br>(3,945 円) | 1,500 円 | -                                                                                                                                                                                   |
| 問診のみ（不応料）  | 3,201 円<br>(3,355 円) | -       | -                                                                                                                                                                                   |

※委託料・自己負担額は消費税込みの額です。

注 1 マイナ保険証で「後期高齢者医療保険で区分が低所得Ⅰ・Ⅱ」を確認した場合に限り予診票に

記載するのみで画面コピー等の添付は不要です。

### 3-5 その他

---

- (1) 予診票に記載する接種日は「西暦」で記載してください。
- (2) 予診票は毎年9月頃に医師会より配送します。不足する場合は医師会へご連絡ください。

## B 類予防接種 各論 4 【新型コロナウイルス予防接種】

### 4-1 対象者

下表の年齢・状態にある者で、姫路市に住民登録している者。ただし、下記実施期間中の 1 回のみの対象となる。

|   |                                                                                                                         |
|---|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 1 | 接種日時点で満 65 歳以上の者                                                                                                        |
| 2 | 接種日において満 60 歳以上 65 歳未満で心臓、腎臓若しくは呼吸器の機能の障害又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ものとして厚生労働省令で定めるものに該当する者（身体障害者手帳 1 級、または同程度と診断された者。） |

### 4-2 接種券の送付

個人あてに接種券（予診票）の郵送はしていません。医療機関に予め白紙の予診票を送付しますので、対象者には、本人確認後に医療機関から予診票を渡してください。

※注 姫路市及びたつの市、太子町、宍粟市の定期接種対象者以外に本予診票を利用しないでください。

### 4-3 実施期間

令和 8 年 10 月 1 日（木）～令和 9 年 1 月 31 日（日）

### 4-4 委託料（自己負担額）

| 区分         | 委託料<br>(R8.8 以後の委託料)   | 自己負担額    | 添付書類                                                                                                                                                                                |
|------------|------------------------|----------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 生活保護受給中の者  | 15,741 円<br>(15,895 円) | 0 円      | 生活保護証明書                                                                                                                                                                             |
| 市民税非課税世帯の者 | 10,741 円<br>(10,895 円) | 5,000 円  | 以下のいずれか 1 つ<br>①「市民税にかかる証明書（保健事業（検診・予防接種）用）」<br>②「介護保険料納付通知書」（第 1 から第 3 段階の方）<br>③「マイナ保険証」 <sup>注 1</sup><br>（後期高齢者医療保険で区分が低所得Ⅰ・Ⅱの方に限る）<br>④「後期高齢者医療資格確認書（限度区分の欄に区Ⅰ、区Ⅱの記載があるものに限る）」 |
| 上記以外の者     | 4,741 円<br>(4,895 円)   | 11,000 円 | -                                                                                                                                                                                   |
| 問診のみ（不応料）  | 3,201 円<br>(3,355 円)   | -        | -                                                                                                                                                                                   |

※委託料・自己負担額は消費税込みの額です。

注 1 マイナ保険証で「後期高齢者医療保険で区分が低所得Ⅰ・Ⅱ」を確認した場合に限り予診票に

記載するのみで画面コピー等の添付は不要です。

#### 4 - 5 その他

---

- (1) 予診票に記載する接種日は「西暦」で記載してください。
- (2) 予診票は毎年9月頃に医師会より配送します。不足する場合は医師会へご連絡ください。

# 参考資料（介護保険料納付通知書のイメージ）

1枚目の写しを添付する。

## 介護保険料納付通知書 1枚目

| 年度 | 科目 | 収入番号 | 賦年 |
|----|----|------|----|
|    |    |      |    |

年度(      年度)分の介護保険料を下記のとおり      しましたので通知します。

姫路市長

確定保険料

円

氏名、住所を確認してください。

第1～第3段階を確認しコピーしてください。

**期別保険料**

▼保険料算出の基礎

| 変更前<br>決定額 | 課税月数 | 合計所得金額<br>(円) | 課税年金<br>収入額 (円) | 住民税課税状況 | 老齢<br>年金 | 保険料<br>段階 | 基準額<br>(円) | 確定保険料<br>(円) |
|------------|------|---------------|-----------------|---------|----------|-----------|------------|--------------|
|            |      |               |                 |         |          |           |            |              |

※特別徴収の欄に金額の記載がある場合は、年金からの特別徴収となります。

| 普通徴収  |       | 特別徴収<br>対象月 | 変 更 前    |          | 決定額(変更後) |          | 増 減 額    |          |
|-------|-------|-------------|----------|----------|----------|----------|----------|----------|
| 期別    | 納 期 限 |             | 普通徴収 (円) | 特別徴収 (円) | 普通徴収 (円) | 特別徴収 (円) | 普通徴収 (円) | 特別徴収 (円) |
| 1期    |       |             |          |          |          |          |          |          |
| 2期    |       |             |          |          |          |          |          |          |
| 3期    |       |             |          |          |          |          |          |          |
| 4期    |       |             |          |          |          |          |          |          |
| 5期    |       |             |          |          |          |          |          |          |
| 6期    |       |             |          |          |          |          |          |          |
| 7期    |       |             |          |          |          |          |          |          |
| 8期    |       |             |          |          |          |          |          |          |
| 9期    |       |             |          |          |          |          |          |          |
| 10期   |       |             |          |          |          |          |          |          |
| 随時    |       |             |          |          |          |          |          |          |
| 合計保険料 |       |             |          |          |          |          |          |          |
| 確定保険料 |       |             |          |          |          |          |          |          |

**これからの保険料納付方法等**

|          |
|----------|
| 保険料徴収方法  |
| 特別徴収義務者  |
| 特別徴収対象年金 |