

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	3
3	予防接種に係る事故（過誤）	4
4	副反応疑い報告	4
5	定期予防接種による健康被害救済制度	4
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	5
7	接種不応の取扱いについて	5
8	市民以外の接種について	5
9	予防接種の対象者・接種方法等の詳細について	5
別紙 1～7		
B類	予防接種 各論 1 【高齢者肺炎球菌】	16
	各論 1-1 対象者	16
	各論 1-2 接種券の送付	16
	各論 1-3 対象期間	16
	各論 1-4 委託料（自己負担額）	16
	1-5 接種不可（不応）者への対応	16
	1-6 その他	16
B類	予防接種 各論 2 【带状疱疹予防接種】	17
	各論 2-1 対象者	17
	各論 2-2 予診票（接種券）の送付	17
	各論 2-3 対象期間	17
	各論 2-4 委託料（自己負担額）	17
	2-5 接種不可（不応）者への対応	18
	2-6 その他	18
B類	予防接種 各論 3 【高齢者インフルエンザ】	19
	3-1 対象者	19
	3-1 接種券の送付	19
	3-3 実施期間	19
	3-4 委託料（自己負担額）	19
	3-5 その他	20
B類	予防接種 各論 4 【新型コロナウイルス予防接種】	21

4-1	対象者.....	21
4-2	接種券の送付.....	21
4-3	実施期間.....	21
4-4	委託料（自己負担額）.....	21
4-5	その他.....	22
	参考資料（介護保険料納付通知書のイメージ）.....	23

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3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、姫路市と予防接種実施契約を締結します。

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

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に添付し、翌月13日までに保健所へ提出してください。

※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/0000003599.html>) に掲載しています。



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

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

2) 予診票の受取

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。

予防接種	接種券	予診票
高齢者肺炎球菌予防接種 帯状疱疹予防接種	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 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相当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、予防接種不相当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

予防接種済証（別紙1）等に必要事項を記載し交付してください。

（带状疱疹は被接種が持参する接種済証に記載してください。）

6) 接種費用

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2」にて、姫路市保健所予防課（FAX：079-289-0210）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3-1）予防接種後副反応疑い報告書）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3 予防接種後副反応疑い報告書」をFAX（0120-176-146）にて報告急性散在性脳脊髄炎、ギラン・バレ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/kekaku-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患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つ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4」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5」を患者へ渡し姫路市（保健所予防課）へ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（予防接種不相当者）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 予防接種不相当者へは、医療機関にて「不応用予診票…別紙6（高齢者肺炎球菌）、別紙7（带状疱疹）」に必要事項を記載し渡してください。
- 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 市民以外の接種について

市民でない者が定期接種を希望する場合、居住地（住登地）の自治体が作成する医療機関宛で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。

9 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	BCG		
17	麻しん風しん (MR)	1期	
18		2期	
11	二種混合		
12	日本脳炎	1期	1回目
13			2回目
14			追加
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	HPV 2価	1回目
38		2回目
39		3回目
55	HPV 4価	1回目
56		2回目
57		3回目
64	HPV 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 シングリックス 1回目	
106	帯状疱疹 シングリックス 2回目	
107	帯状疱疹 ビケン	
110	RSウイルス(母子 免疫ワクチン)	

別紙 1

No. _____ () 予防接種済証 (定期)

接種者氏名 _____

接種者生年月日 _____ 年 _____ 月 _____ 日

接種日 _____ 年 _____ 月 _____ 日 Lot _____

実施医療機関名 _____

所在地 _____

接種医 _____ 印

No. _____ () 予防接種済証 (定期)

接種者氏名 _____

接種者生年月日 _____ 年 _____ 月 _____ 日

接種日 _____ 年 _____ 月 _____ 日 Lot _____

実施医療機関名 _____

所在地 _____

接種医 _____ 印

No. _____ () 予防接種済証 (定期)

接種者氏名 _____

接種者生年月日 _____ 年 _____ 月 _____ 日

接種日 _____ 年 _____ 月 _____ 日 Lot _____

実施医療機関名 _____

所在地 _____

接種医 _____ 印

No. _____ () 予防接種済証 (定期)

接種者氏名 _____

接種者生年月日 _____ 年 _____ 月 _____ 日

接種日 _____ 年 _____ 月 _____ 日 Lot _____

実施医療機関名 _____

所在地 _____

接種医 _____ 印

No. _____ () 予防接種済証 (定期)

接種者氏名 _____

接種者生年月日 _____ 年 _____ 月 _____ 日

接種日 _____ 年 _____ 月 _____ 日 Lot _____

実施医療機関名 _____

所在地 _____

接種医 _____ 印

No. _____ () 予防接種済証 (定期)

接種者氏名 _____

接種者生年月日 _____ 年 _____ 月 _____ 日

接種日 _____ 年 _____ 月 _____ 日 Lot _____

実施医療機関名 _____

所在地 _____

接種医 _____ 印

No. _____ () 予防接種済証 (定期)

接種者氏名 _____

接種者生年月日 _____ 年 _____ 月 _____ 日

接種日 _____ 年 _____ 月 _____ 日 Lot _____

実施医療機関名 _____

所在地 _____

接種医 _____ 印

No. _____ () 予防接種済証 (定期)

接種者氏名 _____

接種者生年月日 _____ 年 _____ 月 _____ 日

接種日 _____ 年 _____ 月 _____ 日 Lot _____

実施医療機関名 _____

所在地 _____

接種医 _____ 印

予防接種による間違い（過誤）報告書

報告： 年 月 日

患者 (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 (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 (種類)	〔 I期 Ⅱ期 初回 回目 追加 〕						ロット番号	
<p>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。</p> <p><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：_____）</p> <p><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</p> <p><input type="checkbox"/> 3. 不必要な接種を行ってしまった</p> <p><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）</p> <p><input type="checkbox"/> 5. 接種量の誤り（正規接種量：_____ml → 不適切接種量：_____ml）</p> <p><input type="checkbox"/> 6. 接種部位・接種方法の誤り（接種部位：_____ 接種方法：_____）</p> <p><input type="checkbox"/> 7. 接種器具の扱いが適切でなかった（8.を除く）</p> <p><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。</p> <p><input type="checkbox"/> 9. 期限切れワクチンの使用（_____年 _____月 までの期限）</p> <p><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：_____）</p> <p><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）</p> <p>〔 _____ 〕</p>								
<p>2 どの時点で間違いが発覚したか記入してください</p> <p>何処で： <input type="checkbox"/>医療機関 <input type="checkbox"/>市町 <input type="checkbox"/>その他（_____）</p> <p>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（_____）</p> <p>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): (_____)</p>								
<p>3 健康被害の有無 無・有（具体的な内容と現状：_____）</p>								
<p>4 間違いの要因を記入してください</p> <p>〔 _____ 〕</p>								
<p>5 被接種者又は保護者への説明と対応</p> <p>〔 _____ 〕</p>								
<p>6 再接種の有無 無・有</p> <p>7 抗体検査の有無 無・有（具体的な内容及び結果：_____）</p> <p>8 血液検査の有無 無・有（具体的な方法及び回数：_____）</p>								
<p>9 今後の対応、再発防止策</p> <p>〔 _____ 〕</p>								

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。

予防接種後副反応疑い報告書										別紙3		
予防接種法上の定期接種・臨時接種、任意接種の別					<input type="checkbox"/> 定期接種・臨時接種			<input type="checkbox"/> 任意接種				
患者 (被接種者)	氏名又は イニシャル (姓・名)	フリガナ (定期・臨時の場合は氏名、任意の場合はイニシャルを記載)			性別	1 男 2 女		接種時 年齢	歳 月			
	住所	都 道 府 県		区 市 町 村	生年月日	T H S R	年 月 日生					
報告者	氏名	1 接種者(医師) 2 接種者(医師以外) 3 主治医 4 その他()										
	医療機関名							電話番号				
	住所											
接種場所	医療機関名											
	住所											
ワクチン	ワクチンの種類 (②～④は、同時接種したものを記載)			ロット番号	製造販売業者名			接種回数				
	①								① 第 期(回目)			
	②								② 第 期(回目)			
	③								③ 第 期(回目)			
	④								④ 第 期(回目)			
接種の状況	接種日	平成・令和 年 月 日 午前・午後 時 分				出生体重		グラム (患者が乳幼児の場合に記載)				
	接種前の体温	度 分	家族歴									
	予診票での留意点(基礎疾患、アレルギー、最近1ヶ月以内のワクチン接種や病気、服薬中の薬、過去の副作用歴、発育状況等)											
	1 有	}										
2 無	}											
症状の概要	症状	定期接種・臨時接種の場合で次頁の報告基準に該当する場合は、ワクチンごとに該当する症状に○をしてください。 急性散在性脳脊髄炎、ギラン・バレー症候群、血栓症(血栓塞栓症を含む。)(血小板減少症を伴うものに限る。)、心筋炎又は心膜炎に該当する場合は、各調査票を記入のうえ、提出してください。										
	報告基準にない症状の場合又は任意接種の場合(症状名:)											
	発生日時	平成・令和 年 月 日 午前・午後 時 分										
	本剤との 因果関係	1 関連あり 2 関連なし 3 評価不能			他要因(他の 疾患等)の可 能性の有無		1 有 } 2 無 }					
	概要(症状・徴候・臨床経過・診断・検査等)											
○製造販売業者への情報提供 : 1 有 2 無												
症状の程度	1 重い	→ 1 死亡 2 障害 3 死亡につながるおそれ 4 障害につながるおそれ 5 入院 (病院名: 医師名: 平成・令和 年 月 日 入院 / 平成・令和 年 月 日 退院) 6 上記1～5に準じて重い 7 後世代における先天性の疾病又は異常										
	2 重くない											
症状の転帰	転帰日	平成・令和 年 月 日										
	1 回復 2 軽快 3 未回復 4 後遺症(症状:) 5 死亡 6 不明											
報告者意見												
報告回数	1 第1報 2 第2報 3 第3報以後											

対象疾病	症 状	発生までの時間	左記の「その他の反応」を選択した場合の症状
ジフテリア 百日せき 急性灰白髄炎 破傷風 Hib感染症 (Hib感染症においては、5種混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	左記の「その他の反応」を選択した場合 a 無呼吸 b 気管支けいれん c 急性散在性脳脊髄炎(ADEM) d 多発性硬化症 e 脳炎・脳症 f 脊髄炎 g けいれん h ギラン・バレー症候群 i 視神経炎 j 顔面神経麻痺 k 末梢神経障害 l 知覚異常 m 血小板減少性紫斑病 n 血管炎 o 肝機能障害 p ネフローゼ症候群 q 喘息発作 r 間質性肺炎 s 皮膚粘膜眼症候群 t ぶどう膜炎 u 関節炎 v 蜂巣炎 w 血管迷走神経反射 x a~w以外の場合は前頁の「症状名」に記載
	2 脳炎・脳症	28日	
	3 けいれん	7日	
	4 血小板減少性紫斑病	28日	
	5 その他の反応	—	
	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 けいれん	21日	
	5 血小板減少性紫斑病	28日	
6 その他の反応	—		
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 けいれん	7日		
5 血小板減少性紫斑病	28日		
6 その他の反応	—		
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 (Hib単独ワクチンを使用する場合に限る。) 小児の肺炎球菌感染症	1 アナフィラキシー	4時間	
2 けいれん	7日		
3 血小板減少性紫斑病	28日		
4 その他の反応	—		
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(失神を伴うもの)	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	—		
1 アナフィラキシー	4時間		
2 血小板減少性紫斑病	28日		
3 無菌性髄膜炎(帯状疱疹を伴うもの)	—		
4 その他の反応	—		
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	—		
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	—		
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 けいれん	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	—		
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 注射部位壊死又は注射部位潰瘍	28日		
5 蜂巣炎(これに類する症状であって、上腕から前腕に及ぶものを含む。)	7日		
6 その他の反応	—		
1 アナフィラキシー	4時間		
2 血栓症(血栓塞栓症を含む。) (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 熱性けいれん	7日		
6 その他の反応	—		

報告基準(該当するものの番号に「○」を記入)

(別紙様式1)

<注意事項>

1. 報告に当たっては、記入要領を参考に、記入してください。
2. 必要に応じて、適宜、予診票等、接種時の状況の分かるものを添付してください。
3. 報告書中の「症状名」には、原則として医学的に認められている症状名を記載してください。
4. 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」の欄に、記載された症状による障害等がある場合には「後遺症」の欄に記載してください。
5. 報告基準にある算用数字を付している症状については、「その他の反応」を除き、それぞれ定められている時間までに発症した場合は、因果関係の有無を問わず、因に報告することが予防接種法等で義務付けられています。
6. 報告基準中の「その他の反応」については、①入院、②死亡又は永続的な機能不全に陥る又は陥るおそれがある場合であって、それが予防接種を受けたことによるものと疑われる症状について、報告してください。なお、アルファベットで示した症状で該当するものがある場合には、○で囲んでください。
7. 報告基準中の発生までの時間を超えて発生した場合であっても、それが予防接種を受けたことによるものと疑われる症状については、「その他の反応」として報告してください。その際には、アルファベットで例示した症状で該当するものがある場合には、○で囲んでください。
8. 報告基準は、予防接種後に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。
9. 記入欄が不足する場合には、別紙に記載し、報告書に添付してください。
10. 報告された情報については、厚生労働省、国立感染症研究所、独立行政法人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)氏名、生年月日を除いた情報を、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。
11. 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。
12. 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ものとされています。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、記載いただくことなく結構です。
13. ヒトパピローマウイルス感染症の予防接種に関する注意事項は以下のとおりです。
 - ・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を呈する患者を診察した際には、ヒトパピローマウイルス感染症の定期の予防接種又は任意接種を受けたかどうかを確認してください。
 - ・ヒトパピローマウイルス感染症の定期接種にあつては、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りますため、これらの症状と接種との関連性を認めた場合、報告してください。
 - ・ヒトパピローマウイルス感染症の任意接種にあつては、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した場合、医薬品、医療機器等の品質、有効性及び安全性の確保等に関する法律第68条の10第2項の規定に基づき、薬局開設者、病院若しくは診療所の開設者又は医師、歯科医師、薬剤師その他の医薬関係者は、速やかに報告してください。
 - ・ヒトパピローマウイルス感染症の定期接種(キャッチアップ接種を含む。)にあつては、交互接種の後に生じたものである場合、別紙様式1「接種の状況」欄に予診票での留意点としてその旨を明記してください。
 - ・ヒトパピローマウイルス感染症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については、結果として、異なる種類のワクチンが接種される可能性があるため、別紙様式1「接種の状況」欄に予診票での留意点とし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である旨を明記してください。
14. 独立行政法人医薬品医療機器総合機構ウェブサイトにて報告に係る記入要領を示しているため、報告にあたっては参照してください。
15. 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、幅広く評価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規定による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)
 - また、血栓症(TTS(血栓塞栓症を含み、血小板減少症を伴うものに限る。))、心筋炎又は心膜炎について報告する場合には、別紙様式1記入要領別表の記載も踏まえ、別紙様式1に加えて、血栓症(TTS)調査票、心筋炎調査票又は心膜炎調査票をそれぞれ作成し、報告してください。ただし、心筋炎及び心膜炎がともに疑われる場合には、心筋炎調査票及び心膜炎調査票の両方を作成して報告してください。
 - なお、独立行政法人医薬品医療機器総合機構ウェブサイトにて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。
16. 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、報告を作成、提出してください。
 - URL: <https://www.pmda.go.jp/safety/reports/hcp/0002.html>
17. 電子報告が困難な場合は、FAXにて、独立行政法人医薬品医療機器総合機構の下記宛に送付してください。その際、報告基準に係る表についても、併せて送付してください。
 - FAX番号: 0120-176-146(各種ワクチン共通)

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5

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 (電話 — —)
	フリガナ氏名	
	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、特別な事情の内容	疾 病 名	
	該当理由 (該当する項目に ✓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 <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 <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判断される疾病 <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 <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 <input type="checkbox"/> ⑤の理由
	予防接種不適當要因が生じた日	年 月 日
	予防接種不適當要因が解消された日	年 月 日
今回実施する予防接種の種類と回数		
今後の予防接種の計画と回数等		

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

(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	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 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 ()	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 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 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
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 病 名 ()	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) 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。 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 ・筋肉接種 } ○をつける ml	実施場所 医師名 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) 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。 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。 ※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 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	自己負担額	添付書類
生活保護受給中の者	11,561 円	0 円	生活保護証明書
市民税非課税世帯の者	8,561 円	3,000 円	以下のいずれか 1 つ ①市民税にかかる証明書 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	7,000 円	-
問診のみ（不応料）	3,201 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	自己負担額	添付書類
生活保護受給中の者	ビケン	8,591 円	0 円	生活保護証明書
	シングリックス	21,791 円	0 円	
市民税非課税世帯の者	ビケン	6,591 円	2,000 円	原則不要 予診票に「自己負担 (2)」と記載 ^{注1}
	シングリックス	13,791 円	8,000 円	
上記以外の者	ビケン	4,591 円	4,000 円	-
	シングリックス	4,791 円	17,000 円	
問診のみ（不応料）		3,201 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。

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、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。
※自己負担の印字内容についてはシステム改修前であるため予定となります。

※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「不応用帯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。）

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	自己負担額	添付書類
生活保護受給中の者	5,291 円	0 円	生活保護証明書
市民税非課税世帯の者	5,291 円	0 円	以下のいずれか 1 つ ①「市民税にかかる証明書（保健事業（検診・予防接種）用）」 ②「介護保険料納付通知書」（第 1 から第 3 段階の方） ③「マイナ保険証」 ^{注1} （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）」
上記以外の者	3,791 円	1,500 円	-
問診のみ（不応料）	3,201 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月頃に本市より郵送します。不足する場合はご連絡ください。

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	自己負担額※	添付書類
生活保護受給中の者	15,741 円	0 円	生活保護証明書
市民税非課税世帯の者	10,741 円	5,000 円	以下のいずれか 1 つ ①「市民税にかかる証明書（保健事業（検診・予防接種）用）」 ②「介護保険料納付通知書」（第 1 から第 3 段階の方） ③「マイナ保険証」 ^{注1} （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）」
上記以外の者	4,741 円	11,000 円	-
問診のみ（不応料）	3,201 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月頃に本市より郵送します。不足する場合はご連絡ください。

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 決定額	課月数	合計所得金額 (円)	課税年金 収入額 (円)	住民税課税状況	老齢 生保	保険料 段階	基準額 (円)	確定保険料 (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。

期別	納期限	特別徴収 対象月	変更前		決定額(変更後)		増減額	
			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