

# 令和6年度高松市成人用肺炎球菌予防接種実施要領

## <目次>

○	令和6年度における注意点	1
1	ワクチンの取扱いにおける注意点	2
2	対象者	2
3	実施方法	3
4	実施期間	3
5	接種費用	3
6	対象者への通知方法等	5
7	接種希望者が持参するもの	6
8	他の予防接種との接種間隔	7
9	予防接種の記録について	7
10	予防接種の実施報告及び委託料の支払い	7
11	接種後の副反応の取扱い	8
12	予防接種健康被害救済制度について	9
13	予防接種時の間違いの報告について	9
14	その他	9
参考1	(自己負担金免除承認通知書)	10
参考2	(介護保険料決定通知書兼納入通知書)	11
参考3	(介護保険料賦課状況確認書)	12
参考4	(市民税課税状況の確認票)	13
参考5	(生活保護受給証明書)	14
参考6	(支援給付受給証明書)	15
参考7	(予防接種対象者確認書)	16
参考8	(身体障害者手帳による対象者確認)	17
参考9	(フローチャート)	20
参考10	(予診票記入例)	21

### 予防接種についてのお問合せ

〒760-0074 高松市桜町一丁目10番27号

高松市保健所

感染症対策課(保健所2階) 予防接種係

TEL087(839)2870 FAX087(813)0221

## ○令和6年度における注意点

### ① 対象者の確認について

令和6年度より経過措置が終了し、定期接種の対象者が

- (1) 65歳の者（65歳の誕生日の前日から66歳の誕生日の前日の間にある者）
- (2) 60歳以上65歳未満の者であって、心臓、腎臓又は呼吸器の機能障害により身体障害者手帳1級を有する者又はヒト免疫不全ウイルスにより免疫の機能障害で身体障害者手帳1級を有する者

に変更となりました。

これに伴い、令和6年度中に65歳となる方でも、

### **65歳の誕生日の前日より前に接種を行った場合は定期接種の対象外**

となりますので御注意ください。

なお、高松市独自の任意接種助成制度（対象者：66歳以上の者であって（2）の障害を有する者）につきましては、引き続き実施されますので御留意ください。

また、定期接種の対象者に該当する者であっても、任意接種（全額自己負担等）を含め23価肺炎球菌莢膜ポリサッカライドワクチンの接種を一度でも過去に受けたことがある者は定期接種の対象外となります。しかし、任意接種として過去に接種を行った方については、高松市に記録が残らない関係上定期接種の案内をお送りしています。このような対応を取らせていただいていることは、対象者に送付するお知らせ及び予診票に記載して注意喚起しておりますが、予診票の質問事項欄においても過去の接種歴の有無を記載する欄を設けておりますので、医療機関窓口におきましても、定期接種の対象となるかどうかの確認を今一度行っていただくようお願いいたします。

過去の接種歴がある方へ接種された場合は委託料等のお支払いはできませんので、御注意ください。

### ② 定期予防接種における担当課について

令和5年度から、定期予防接種の担当課が変更となっております。

名称	所在地	電話・FAX
感染症対策課	高松市桜町一丁目10番27号 (高松市保健所2階)	TEL 839-2870 FAX 813-0221

予診票の提出場所、電話番号等について御留意くださいますようお願いいたします。  
また、予診票を御持参くださる場合は、**保健所2階**にお持ちください。

### ③ 予防接種の実施報告について

4～7月実施分については、実施月のみ実施報告書を提出いただければ結構ですが、8月以降分につきましては、毎月実施報告書の提出をいただく必要があります。実施が0件の場合でも、実施報告書の提出が必要となりますので、御注意ください。

ただし、0件の場合のみFAXによる提出も可とします。詳細は「10 予防接種の実施報告及び委託料の支払い」（7ページ）を御覧ください。

## 1 ワクチンの取扱いにおける注意点

(1) ワクチンは各医療機関で購入してください。

(2) 接種するワクチンの種類・検定合格日・有効期限を確認し、外観にも異常（混濁・着色・異物の混入等）がないことを確認してください。

また、ワクチンの保管等については、凍結させない、遮光するなどワクチンの添付文書を確認の上、適切に取り扱ってください。

(3) 成人用肺炎球菌の接種については、令和5年度の勧奨者に対する接種が令和5年7月～令和6年3月まで続いた後、令和6年度にはじめて接種対象者への勧奨を行う令和6年7月までの間、接種が減少すると考えられます。接種が増加するまでの間、医療機関内でワクチンを長期間保有する場合は想定されますので、接種の際はワクチンの有効期限が切れていないか今一度確認の上、接種を行ってください。

## 2 対象者

### 定期接種対象者

(1) 65歳の者（65歳の誕生日の前日から66歳の誕生日の前日の間にある者）

(2) 60歳以上65歳未満の者であって、心臓、腎臓又は呼吸器の機能障害により身体障害者手帳1級を有する者又はヒト免疫不全ウイルスによる免疫の機能障害で身体障害者手帳1級を有する者

### 高松市独自の任意接種助成対象者（行政措置）

(3) 66歳以上の者であって、(2)の障害を有する者

行政措置は、高松市内の医療機関のみで実施します。香川県広域予防接種協力医療機関では接種助成できません。

いずれの場合も、過去に任意接種（全額自己負担等）を含め23価肺炎球菌荚膜ポリサッカライドワクチンの接種をしていない者に限ります。

### 3 実施方法

「インフルエンザ・肺炎球菌感染症（B類疾病）予防接種ガイドライン」（2023年度版）に基づいて実施してください（2024年度版につきましては、準備ができ次第お送りします。例年秋頃に送付しています。）。

23価肺炎球菌莢膜ポリサッカライドワクチンを使用し、0.5mlを1回筋肉内又は皮下に接種。

※ 沈降13価肺炎球菌結合型ワクチン（プレベナー13）及び沈降15価肺炎球菌結合型ワクチン（バクニューバンス）を定期接種に使用することはできません。

### 4 実施期間

令和6年4月1日（月）から令和7年3月31日（月）までの間

### 5 接種費用

#### (1) 自己負担金

**2,400円**（各医療機関の窓口で、被接種者本人から徴収してください。）

※ なお、長期にわたり療養を必要とする疾病等により、本来の年度外で定期接種を実施した場合については、接種費用は本来の接種該当年度の金額ではなく、接種を実施した年度の接種費用額となります。

#### (2) 自己負担金免除対象者

2 対象者の条件を満たし、次の①～③のいずれかを満たす者

- ① 生活保護法による保護を受けている者
- ② 中国残留邦人等の円滑な帰国の促進並びに永住帰国した中国残留邦人等及び特定配偶者の自立の支援に関する法律による支援給付等を受けている者
- ③ 令和6年度の市民税が非課税の世帯に属する者

#### (3) 自己負担金免除対象者証明書類

自己負担金免除対象者であることが確認できる証明書が、被接種者1人につき1枚必要です（原本又はコピーを予診票に添付して提出する必要があります。）。

詳しくは参考9「令和6年度成人用肺炎球菌予防接種対象者・自己負担金フローチャート」を参考にしてください。

	自己負担金免除承認通知書	介護保険料決定通知書兼納入通知書 (介護保険料賦課状況確認書)	市民税課税状況の確認票	各種受給証明書
発行窓口	感染症対策課 健康づくり推進課 各保健ステーション	介護保険課	市民税課 支所・出張所 総合センター	生活福祉課
実施要領内の参考資料	参考1 (10ページ)	参考2、3 (11~12ページ)	参考4 (13ページ)	参考5、6 (14~15ページ)
① 生活保護法による保護を受けている者	○	令和6年度保険料段階が第1~3段階であれば○	△	○
② 中国残留邦人等の円滑な帰国の促進並びに永住帰国した中国残留邦人等及び特定配偶者の自立の支援に関する法律による支援給付等を受けている者	○	令和6年度保険料段階が第1~3段階であれば○	△	○
③ 令和6年度市民税が非課税である世帯に属する者	○	令和6年度保険料段階が第1~3段階であれば○	○	×

上記のいずれか1つ (○は、証明書が取れる可能性が高いものです。)

## 6 対象者への通知方法等

### (1) 通知方法

「2 対象者(1)」のうち、昭和34年4月2日～8月31日にお生まれの方については、予診票及びお知らせを7月下旬に個人通知します。

「2 対象者(1)」のうち、昭和34年9月1日～昭和35年4月1日にお生まれの方については、予診票及びお知らせを誕生日の前月下旬に個人通知します。

ただし、令和5年度にも成人用肺炎球菌の定期接種対象者(昭和33年4月2日～昭和34年4月1日生まれ)の方で、66歳の誕生日を迎えておらず、023価肺炎球菌莢膜ポリサッカライドワクチンが未接種の方については、予診票及びお知らせを個別通知しない予定となっております。接種希望者から医療機関に接種の相談があった場合は、各自で感染症対策課から予診票を取り寄せるよう御案内ください。

### (2) 予診票について

予診票の記入方法については、予診票記入例(参考10)を参照いただき、サイン等の記入漏れがないように御確認をお願いします(接種不可の場合でも診察前の体温の欄の記入と本人サインは必要です)。

定期の予防接種は、接種日において高松市に住民票のある人が対象です。予診票やお知らせを持っていても、接種日時点で高松市外に転出している場合は、高松市が委託料をお支払いする対象者とはなりませんので御注意ください。

※ 被接種者が自署できない場合は、本人のサイン欄に代筆者が被接種者の氏名を記入し、代筆者氏名欄に代筆者氏名及び被接種者との続柄を記入してください。代筆者については、本人をよく知っている方や日頃ケアを行っている方でも構いませんが、接種を行う医療機関の従事者である医師や看護師の代筆は認められていません。

### (3) 自己負担金の償還払いについて

令和6年度における対象者への最初の通知は、7月下旬ですが、成人用肺炎球菌予防接種の接種対象期間は通年です。すでに65歳となった対象者が令和6年4月1日から予診票が届くまでに接種を希望される場合は、感染症対策課へ連絡いただければ予診票を早期に発行いたします。その場合、令和6年度の課税状況について確認することができなければ、自己負担金が必要となります。令和6年度の市民税確定後、非課税世帯に属する方は、感染症対策課へ償還払いの申請ができますので対象者に御案内ください。



(4) 長期にわたり療養を必要とする疾病にかかった者等の定期接種機会の確保  
(平成25年1月30日付け厚生労働省通知)

成人用肺炎球菌については、接種対象年度において、次の特別の事情があることにより、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、当該特別の事情がなくなった日から起算して1年を経過する日までの間は定期の予防接種として取り扱うことができます。

《特別の事情》

① 次のアからウまでに掲げる疾病にかかったこと（やむを得ず定期接種を受けることができなかつた場合に限る。）

ア 重症複合免疫不全症等免疫の機能に支障を生じさせる重篤な疾病

イ 白血病等免疫の機能を抑制する治療を必要とする重篤な疾病

ウ ア又はイの疾病に準ずると認められるもの

※ 上記に該当する疾病の例は、定期接種実施要領の別表2（別添）に掲げるとおり。

ただし、予防接種の実施可否の判断は、あくまで予診を行う医師の診断の下、行われるべきであるとされている。

② 臓器の移植を受けた後、免疫の機能を抑制する治療を受けたこと（やむを得ず定期接種を受けることができなかつた場合に限る。）

③ 医学的知見に基づき、①又は②に準ずると認められるもの

④ 災害、ワクチンの大幅な供給不足その他これに類する事由が発生したこと（やむを得ず定期接種を受けることができなかつた場合に限る。）

医療機関は、該当者であると判断した場合は、感染症対策課（Tel839-2870）に御連絡ください。「予防接種理由書（特定疾病に係る予防接種法に基づく）」をお送りします。

## 7 接種希望者が持参するもの

予診票、自己負担金（2,400円）

※ 「2 対象者（2）又は（3）」に該当する者は、予防接種対象者確認書（参考7）又は身体障害者手帳（参考8）

※ 「5 接種費用（2）自己負担金免除対象者」に該当する者は、その証明書（参考1～6のうち、いずれか1つ）

## 8 他の予防接種との接種間隔

令和2年10月1日より、異なるワクチンにおける接種間隔の規定が改正され、**23価肺炎球菌莢膜ポリサッカライドワクチンと異なるワクチンを接種する際の間隔の制限がなくなりました。**

## 9 予防接種の記録について

成人用肺炎球菌予防接種を行った際は、被接種者が健康手帳を持参している場合には、健康手帳に接種年月日・ロット番号及び医療機関・医師名等の必要事項を記入してください。健康手帳を持参していない場合は、別添の高松市予防接種済票に記入し、交付してください。

## 10 予防接種の実施報告及び委託料の支払い

### (1) 実施報告書及び予診票（2枚複写の1枚目）の提出

実施医療機関は1か月分の件数をまとめて、翌月10日（土・日・祝日の場合はその翌平日）までに（必着）、感染症対策課に提出してください。

**※ 4月～7月実施分については、実施月のみ実施報告書の提出が必要です。**

**8月以降分は実施が0件でも実施報告書の提出は必要です。**

ただし、0件の場合はFAXでの提出も可とします。FAXで実施報告書を提出する場合は、院長名欄へ押印をしないようお願いいたします。

※ 自己負担金免除対象者は、その証明書（参考1～6のうち、いずれか1つ）を予診票に添付してください。

※ 「2 対象者（2）又は（3）」に該当する者は、予診票に予防接種対象者確認書（参考7）又は身体障害者手帳の写し（参考8）を添付してください。また、自己負担金が免除の場合は、自己負担金免除証明書（参考1～6のうち、いずれか1つ）も併せて添付してください。

### (2) 支払について

高松市は、実施報告書に基づいて算定した委託料を高松市内3医師会連合会に一括して支払い、その後同連合会が各医療機関の口座に振り込みます。



## 11 接種後の副反応の取扱い

(1) 予防接種による副反応、又はその疑いのある患者を診察した場合は、いったん保険診療としてください。その際、患者又は家族から詳しく問診し、病歴を確実に記載しておいてください。

主要症状について確実に把握し、詳細に記載しておいてください。

また、接種部位の変化（発赤・膨張及び化膿等）の有無及び程度、発生日時について必ず記載しておいてください。

(2) 定期及び任意の予防接種について、副反応の報告基準に該当する症状を診断したときは、速やかに（独）医薬品医療機器総合機構（PMDA）へ報告して下さい。

また、そのことについて、厚生労働省等から情報収集等の協力依頼があった場合には、御協力をお願いします。

詳細につきましては、同封しております「定期の予防接種等による副反応疑いの報告等の取扱いについて」を御参照ください。

また、高松市独自の任意接種助成対象者（行政措置）につきましては、（独）医薬品医療機器総合機構（PMDA）に加え、高松市感染症対策課（FAX番号：813-0221）にもFAXで報告をお願いします（インフルエンザ・肺炎球菌感染症（B類疾病）予防接種ガイドライン参照）。

### ① 報告書を作成（次のア又はイのいずれか）

ア 同封の「予防接種後副反応疑い報告書（別紙様式1）」

イ 「予防接種後副反応疑い報告書入力アプリ」で作成した報告書（国立感染症研究所のホームページからダウンロード）

### ② 報告

（独）医薬品医療機器総合機構（PMDA）へFAX（FAX番号：0120-176-146）。その症状が次のものと疑われる場合は、調査票を作成して報告してください。

- ・ 急性散在性脳脊髄炎（ADEM） → 急性散在性脳脊髄炎（ADEM）調査票
- ・ ギラン・バレ症候群（GBS） → ギラン・バレ症候群（GBS）調査票
- ・ 血栓症（血栓塞栓症を含む。）（TTS） → 血栓症(TTS)調査票（血小板減少症を伴うものに限る。）
- ・ 心筋炎 → 心筋炎調査票
- ・ 心膜炎 → 心膜炎調査票

## 12 予防接種健康被害救済制度について

定期の予防接種によって引き起こされた副反応により、医療機関での治療が必要になったり、生活に支障がでるような障がいを残すなどの健康被害が生じた場合で、当該予防接種との因果関係を厚生労働大臣が認定した場合は、予防接種法に基づき健康被害に対する給付を受けることができます。

任意の予防接種によって引き起こされた健康被害については、医薬品副作用被害救済制度を利用できます。

高松市から対象者に送付する個別勧奨のお知らせに、予防接種健康被害救済制度や医薬品副作用被害救済制度について記載していますが、その制度についてお問合せがありましたら、インフルエンザ・肺炎球菌感染症（B類疾病）予防接種ガイドラインに記載されている内容を参考に説明していただくか、感染症対策課に問い合わせるようお伝えください。

## 13 予防接種時の間違いの報告について

誤った用法用量や、有効期限の切れたワクチンでの接種、接種間隔の誤り、血液感染を起こしうる状態での接種など、予防接種の間違いを把握した場合、必ず感染症対策課へ報告してください。

また、その時点で、直ちに間違いがあったことについて被接種者に謝罪するとともに、有効性や安全性に関すること及びその後の対応等について説明を行ってください。

## 14 その他

令和6年度より、高松市のホームページから実施要領等がダウンロードできるようになりました。実施報告書の原本を紛失された場合等に御活用ください。

「高松市公式ホームページ もっと高松」

→「くらしの情報」→「健康・福祉」→「医療」→「予防接種・健康診査・検診」  
→「予防接種」→「医療機関の皆様へ」

URL: [https://www.city.takamatsu.kagawa.jp/smph/kurashi/kenkou/iryo/shinsa/yobou\\_sesshu/iryoukikan.html](https://www.city.takamatsu.kagawa.jp/smph/kurashi/kenkou/iryo/shinsa/yobou_sesshu/iryoukikan.html)

お問合せ先 高松市感染症対策課

TEL: 087-839-2870

FAX: 087-813-0221

住所
氏名
様

年 月 日

高松市長 大西 秀人



### 成人用肺炎球菌予防接種自己負担金免除承認通知書

年 月 日付で申請のあった自己負担金免除申請については、審査の結果、下記のとおり免除を承認します。

1 免除対象者氏名・生年月日	上記氏名 年 月 日生
2 免除する年度	年度

上記の予防接種を受ける際は、この承認通知書を医療機関に提出してください。

お問合せ先 高松市感染症対策課

高松市桜町一丁目10番27号

保健所2階

TEL (087) - 839-2870

FAX (087) - 813-0221

介護保険料決定通知書兼納入通知書による自己負担金免除の確認



令和6年度 介護保険料 決定通知書 兼 納入通知書



納付義務者住所・氏名

高松市桜町1丁目10番27号

令和6年〇月〇日

高松 太郎 様

高松市長

大西 秀人

お問い合わせ先

高松市 介護保険課 TEL (087) 839-2326

FAX (087) 839-2337

月～金曜日(祝日は除く)8:30～17:15

通知書番号

お問い合わせの際は左記の「通知書番号」をお伝えください。

介護保険の年間保険料

①+②の  
合計額

円

被保険者氏名

被保険者番号

賦課の 根拠	世帯	本人	基準判定所得	保険料段階
				第3段階

徴収方法ごと  
保険料額

① 年金からの天引き

円

② 納付書又は口座振替

円

※基準判定所得は、本人「非課税」の場合は前年課税年金収入額と年金以外の前年合計所得金額の合計額、本人「課税」の場合は前年合計所得金額になります。ただし、保険料段階の判定に関係のない場合は表示していません。なお、保険料段階の詳細については、別表(裏面)をご覧ください。

1 保険料算定の基礎

期間	保険料段階	基準額	保険料額
		円	円
		円	円
		円	円
		円	円
		円	円
		合計	円

2 徴収方法ごと内訳

合計額は100円未満の端数は切り捨てています。

① 特別徴収分 年金からの天引き (年度途中で保険料額が減額になった場合は、特別徴収が中止になることがあります。)

賦課の根拠欄における保険料段階が、第1・2・3段階の場合は世帯・本人非課税区分のため、自己負担金免除対象者です。

自己負担金免除の場合のみ、介護保険料決定通知書兼納入通知書の写しを予診票に添付してください。

※ 令和6年度の様式は一部変更となる可能性があります。

介護保険料賦課状況確認書での自己負担金免除の確認

令和6年 月 日

介護保険料賦課状況確認書

(発行日現在の状況は下記のとおりです)

令和6年度 (令和6年度賦課分)

被保険者番号 被保険者氏名

賦課の根拠

世帯	本人	合計所得 年金収入	保険料段階
			第3段階

期別保険料額

月	保 険 料		普通徴収の場合の 納 期 限
	特別徴収	普通徴収	
4月			
5月			
6月			
7月			
8月			
9月			
10月			
11月			
12月			
1月			
2月			
3月			
計			

年間保険料	円
仮徴収額	円
差引保険料	円

これからの保険料納付等

徴収方法	
特別徴収	

賦課の根拠欄の保険料段階が第1・2・3段階の場合は、世帯・本人非課税の区分のため、自己負担金免除対象者です。

自己負担金免除の場合のみ、介護保険料賦課状況確認書の写しを予診票に添付してください。

※ 令和6年度の様式は一部変更となる可能性がございます。

<令和6年度の様式は未確定のため、令和5年度の確認票を加工してお示ししています。令和6年度の様式については、一部変更の可能性がございます。>

参考4

令和 年 月 日

(宛先) 高松市健康づくり推進課長  
高松市感染症対策課長

### 令和6年度 市民税 課税状況の確認票

新型コロナワクチン予防接種、高齢者のインフルエンザ予防接種、成人用肺炎球菌予防接種、胃・大腸・肺・前立腺・乳・子宮頸がん検診の自己負担金の免除、及び母子栄養食品受給のため、私の世帯について、市民税課税状況が非課税であることの確認をお願いします。

なお、課税状況を調査されることについて同意します。

(①の者以外が申請の場合) 私が申請に行けないため、②の者に対し、この確認票の申請及び受領に関する行為を委任します。なお、確認票が発行できない場合は、その理由を②の者に説明することに同意します。

① 確認票が必要な方	住所	高松市 町 丁目 番 号 番地 (電話番号: - )		
	ふりがな		生年月日	明・大・昭・平 年 月 日
	氏名			
② (委任を受けた方 窓口に来た方)	住所	高松市 町 丁目 番 号 番地 (電話番号: - )		
	ふりがな		生年月日	明・大・昭・平 年 月 日
	氏名			
	①の方との関係 (続柄)	1 施設関係者		2 その他 ( )

上記、確認票が必要な方 (①欄) に記載されている者は非課税世帯の世帯員であることを確認します。

令和 年 月 日

確認印

#### \* 自己負担金免除の基準 \*

○市民税 (当該年度) の非課税世帯に属する者

同一世帯と認められたすべての世帯員が当該年度において市民税が課税されていない者 (地方税法第323条により免除されている者を含む。) である場合をいう。ただし、当該年度の市民税の課税状況が判明しない場合は、これが判明するまでの期間、前年度の課税状況によることとする。

○ この確認票は検診・接種の当日、必ず検診又は接種を受ける医療機関等にご持参ください。

○ 確認票を申請する際は、本人確認ができる免許証等を提示してください。

【お問い合わせ先】

がん検診、母子栄養食品に関すること…………… 健康づくり推進課 Tel 839-2363

コロナワクチン、インフルエンザ、成人用肺炎球菌予防接種に関すること…………… 感染症対策課 Tel 839-2870



**見 本**

高福生第C ●●●●号

生活保護受給証明書

住 所	高松市桜町●丁目●●番地●		
氏 名	生年月日	開始日	廃止日
高松 太郎	昭和●年●月●日	平成●年●月●日	

保護の種類

生活扶助・住宅扶助・介護扶助・医療扶助

受給期間

令和●年●月●日 から

上記世帯は、生活保護法により保護を受給していることを証明します。

停止期間

使用目的

肺炎球菌ワクチン予防接種の自己負担料免除のため

令和●年●月●日

宛 先

感染症対策課長

高松市福祉事務所長



宛 先  
感染症対策課長

高福生第C ●●●●号

**見 本**

支援給付受給証明書

住 所	高松市桜町●丁目●●番地●		
氏 名	生年月日	開 始 日	廃 止 日
高松 太郎	昭和●年●月●日	平成●年●月●日	

支援給付の種類

生活支援給付・住宅支援給付・介護支援給付・医療支援給付

受給期間

令和●年●月●日 から

上記世帯は、中国残留邦人等の円滑な帰国の促進並びに永住帰国した中国残留邦人等及び特定配偶者の自立の支援に関する法律等により支援給付を受給していることを証明します。

使用目的

成人用肺炎球菌ワクチン予防接種の自己負担料免除のため

令和●年●月●日

高松市福祉事務所長



## 予防接種対象者確認書

(予防接種種類) 成人用肺炎球菌

下記の方が、予防接種対象者であることを確認しました。

氏 名 ○○ ○○

生年月日 昭和○○年○○月○○日 (○○歳)

住 所 高松市○○町○○番地○○

申 請 日 令和 ○○年○○月○○日

令和 ○○年 ○○月 ○○日


高松市長 大西 秀人

電子公印

身体障害者手帳による予防接種対象者の確認

身体障害者手帳の 1 面から 4 面までの写しを予診票に添付してください。

心臓・腎臓・呼吸器の機能障害、ヒト免疫不全ウイルスによる免疫の機能障害で 1 級が対象者です。

<p style="text-align: center;">身体障害者手帳</p> <div style="display: flex; align-items: center; justify-content: center;">  <div style="text-align: left;"> <p>身体障害者 等級表に よる級別</p> <p style="font-size: 24px; font-weight: bold;">1 級</p> </div> </div> <p style="text-align: center;">令和〇年〇月〇日交付</p> <p>氏名</p> <p>生年月日</p> <p style="text-align: center;">高松市</p> <div style="border: 1px solid black; padding: 2px; width: fit-content; margin: 0 auto;"> <p style="text-align: center;">高松 市印</p> </div>	<table border="1" style="width: 100%;"> <tr> <th colspan="2" style="text-align: center;">障 害 名</th> </tr> <tr> <td colspan="2" style="text-align: center;">○○○○○</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">心臓機能障害</td> <td style="text-align: center;">1 級</td> </tr> <tr> <td colspan="2" style="height: 30px;"> </td> </tr> <tr> <td colspan="2" style="height: 30px;"> </td> </tr> </table>	障 害 名		○○○○○		心臓機能障害	1 級				
障 害 名											
○○○○○											
心臓機能障害	1 級										

1 面
2 面

<table border="1" style="width: 100%;"> <tr> <th colspan="2" style="text-align: center;">障 害 名</th> </tr> <tr> <td colspan="2" style="height: 30px;"> </td> </tr> <tr> <td colspan="2" style="height: 30px;"> </td> </tr> <tr> <td colspan="2" style="height: 30px;"> </td> </tr> </table>	障 害 名								<table border="1" style="width: 100%;"> <tr> <td rowspan="2" style="text-align: center; vertical-align: middle;">視 覚</td> <td style="text-align: center;">左</td> <td colspan="2"> </td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">右</td> <td colspan="2"> </td> </tr> <tr> <td rowspan="2" style="text-align: center; vertical-align: middle;">聴 覚</td> <td style="text-align: center;">左</td> <td style="width: 20px;"> </td> <td style="text-align: center;">右</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">右</td> <td> </td> <td> </td> </tr> <tr> <td colspan="2" style="text-align: center;">本籍地都道府県</td> <td colspan="2" style="text-align: center;">香川県</td> </tr> <tr> <td colspan="4" style="text-align: center;">現住所</td> </tr> <tr> <td colspan="4" style="text-align: center;">高松市〇〇町〇番地〇</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">転入年 月日</td> <td> </td> <td style="text-align: center;">市長印</td> <td> </td> </tr> </table>	視 覚	左			右			聴 覚	左		右	右			本籍地都道府県		香川県		現住所				高松市〇〇町〇番地〇				転入年 月日		市長印	
障 害 名																																							
視 覚	左																																						
	右																																						
聴 覚	左		右																																				
	右																																						
本籍地都道府県		香川県																																					
現住所																																							
高松市〇〇町〇番地〇																																							
転入年 月日		市長印																																					

3 面
4 面

※ 4 面の「本籍地都道府県」については、手帳の発行時期によっては項目がないものがございます。


<p>身体障害者手帳</p>  <p>身体障害者 等級表に よる級別 <b>1級</b></p> <p>令和〇年〇月〇日交付</p> <p>氏名</p> <p>生年月日</p> <p>高松市</p> <div style="border: 1px solid black; padding: 2px; display: inline-block;">高松市印</div>	障 害 名
	〇〇〇〇〇
	じん臓機能障害 <b>1級</b>

<p>身体障害者手帳</p>  <p>身体障害者 等級表に よる級別 <b>1級</b></p> <p>令和〇年〇月〇日交付</p> <p>氏名</p> <p>生年月日</p> <p>高松市</p> <div style="border: 1px solid black; padding: 2px; display: inline-block;">高松市印</div>	障 害 名
	〇〇〇〇〇
	呼吸器機能障害 <b>1級</b>

<p>身体障害者手帳</p>  <p>身体障害者 等級表に よる級別 <b>1級</b></p> <p>令和〇年〇月〇日交付</p> <p>氏名</p> <p>生年月日</p> <p>高松市</p> <div style="border: 1px solid black; padding: 2px; display: inline-block;">高松市印</div>	障 害 名
	〇〇〇〇〇
	疾病による <b>1級</b>

※ 「ヒト免疫不全ウイルスによる免疫の機能障害」の表記は、高松市の場合「疾病による」としています。

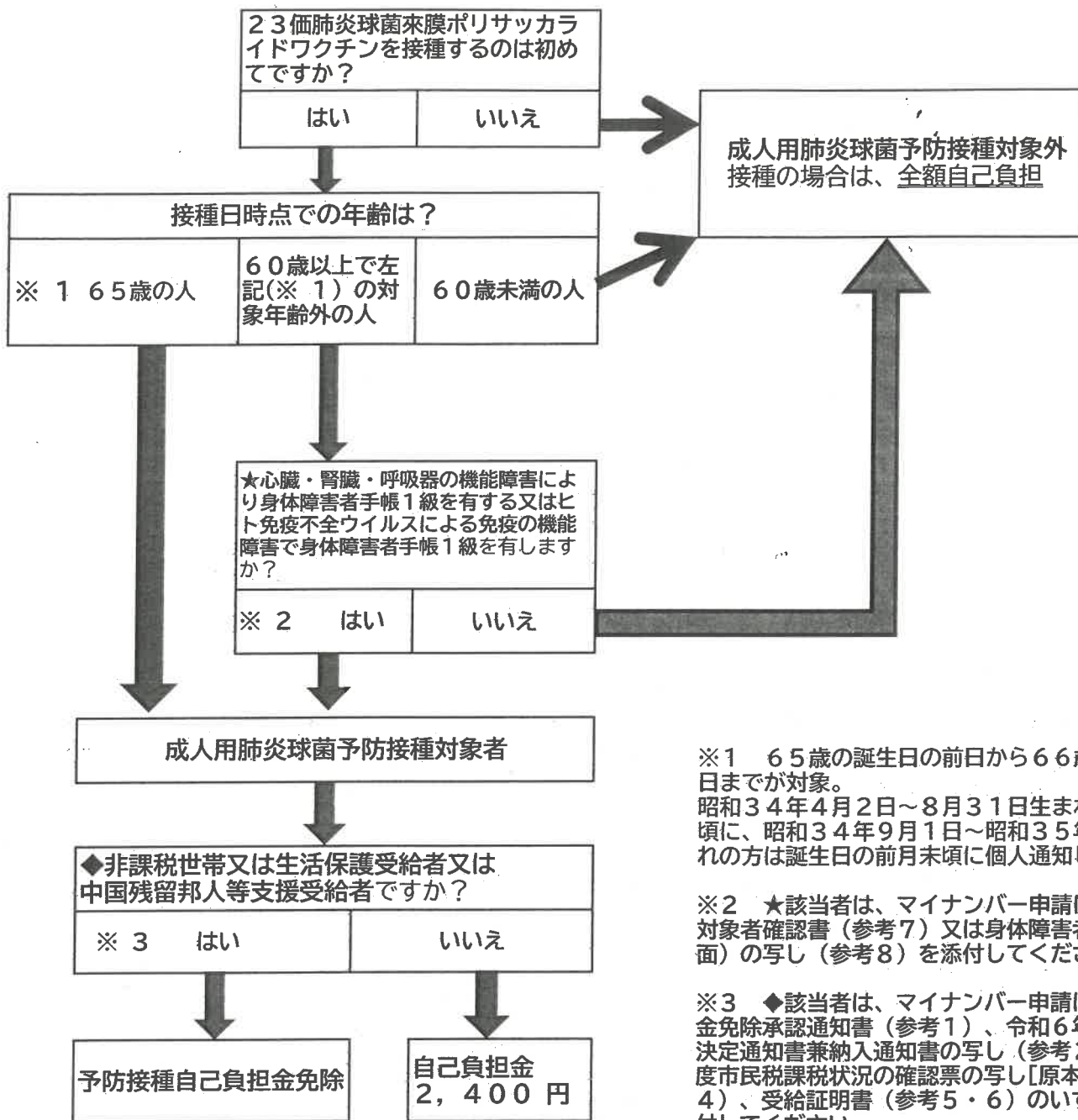
ただし、下記のように、心臓・腎臓・呼吸器の機能障害が1級ではなく、その他の障害と併せて1面が1級となっているものは、**対象外**です。

<p>身体障害者手帳</p>  <p>身体障害者 等級表に よる級別 <b>1級</b></p> <p>令和〇年〇月〇日交付 氏名 生年月日 高松市</p> <p>高松 市印</p>	<p>障 害 名</p>
	<p>〇〇〇〇〇</p>
	<p>体幹機能障害 1級</p>
	<p>〇〇〇〇〇</p>
	<p>心臓機能障害 3級</p>

**注！**  
手帳の1面は1級、2面は心臓機能障害3級の場合は対象外



# 令和6年度成人用肺炎球菌予防接種対象者・自己負担金フローチャート



※1 65歳の誕生日の前日から66歳の誕生日の前日までが対象。  
昭和34年4月2日～8月31日生まれの方は7月末頃に、昭和34年9月1日～昭和35年4月1日生まれの方は誕生日の前月末頃に個人通知します。

※2 ★該当者は、マイナンバー申請による予防接種対象者確認書(参考7)又は身体障害者手帳(1～4面)の写し(参考8)を添付してください。

※3 ◆該当者は、マイナンバー申請による自己負担金免除承認通知書(参考1)、令和6年度介護保険料決定通知書兼納入通知書の写し(参考2)、令和6年度市民税課税状況の確認票の写し[原本でも可](参考4)、受給証明書(参考5・6)のいずれか1つを添付してください。

※ 該当者が確認書類の原本を持参した場合は、大変お手数ですが、医療機関でコピーを取っていただくようお願いいたします。

【マイナンバーによる予防接種対象者確認申請、その他予防接種に関するお問い合わせ】

高松市感染症対策課 (Tel: 839-2870)

【自己負担金免除申請の受付場所】

高松市感染症対策課 (Tel: 839-2870)、高松市健康づくり推進課 (旧保健センター)、各保健ステーション

【証明書申請場所】

受給証明書: 高松市役所生活福祉課 (Tel: 839-2343)

課税状況の確認票: 高松市役所市民税課 (Tel: 839-2233)、各総合センター、支所、出張所

《成人用肺炎球菌予防接種》  
添付資料チェックリスト

◆自己負担金免除者であることを示す添付資料が必要な者

- ・令和6年度非課税世帯に属する者
- ・生活保護受給者
- ・中国残留邦人等支援助受給者

★成人用肺炎球菌予防接種対象者であることを示す添付資料が必要な者

60歳以上で心臓・腎臓・呼吸器の機能又はヒト免疫不全ウイルスによる免疫機能障害で身体障害者手帳1級である者

◆自己負担金免除者添付資料チェックリスト

対象者	チェック欄	チェック項目
↓		↓
1. 令和6年度非課税世帯に属する者 2. 生活保護受給者 3. 中国残留邦人等支援助受給者  ※ 1、2、3のうち、いずれかに該当すること	右記のいずれか一つを添付する	<input type="checkbox"/> マイナンバー申請による「自己負担金免除承認通知書」(参考1)
		<input type="checkbox"/> 令和6年度介護保険料決定通知書兼納入通知書の写し(参考2)又は令和6年度介護保険料賦課状況確認書(参考3)
		<input type="checkbox"/> 令和6年度市民税課税状況の確認票の写し[原本でも可](参考4)
		<input type="checkbox"/> 各種受給証明書(参考5・6)

★成人用肺炎球菌予防接種対象者添付資料チェックリスト

対象者	チェック欄	チェック項目
↓		↓
1. 60歳以上で心臓・腎臓・呼吸器の機能障害により身体障害者手帳1級を有する者 2. 60歳以上でヒト免疫不全ウイルスによる免疫の機能障害で身体障害者手帳1級を有する者 ※ 1、2のうち、いずれかに該当すること	右記のどちらか一つを添付する	<input type="checkbox"/> マイナンバー申請による「予防接種対象者確認書」(参考7)
		<input type="checkbox"/> 身体障害者手帳(1~4面)の写し(参考8)

