

# 高松市成人用肺炎球菌・带状疱疹予防接種の実施について

《R7.3.26版》高松市個別予防接種（成人用肺炎球菌・带状疱疹）

## ＜目 次＞

|      |                    |    |
|------|--------------------|----|
| 1    | ワクチンの取扱いにおける注意点・・・ | 1  |
| 2    | 対象者・・・             | 2  |
| 3    | 実施方法及び用いるワクチン・・・   | 3  |
| 4    | 接種費用・・・            | 4  |
| 5    | 対象者への通知方法等・・・      | 6  |
| 6    | 接種希望者が持参するもの・・・    | 8  |
| 7    | 他の予防接種との接種間隔・・・    | 8  |
| 8    | 予防接種の記録について・・・     | 8  |
| 9    | 予防接種の実施報告及び委託料の支払い | 8  |
| 10   | 接種後の副反応の取扱い・・・     | 9  |
| 11   | 予防接種健康被害救済制度について・  | 10 |
| 12   | 予防接種時の間違いの報告について・  | 10 |
| 13   | その他・・・             | 10 |
| 参考1  | （自己負担金免除承認通知書）・・・  | 11 |
| 参考2  | （介護保険料決定通知書兼納入通知書） | 12 |
| 参考3  | （介護保険料賦課状況確認書）・・・  | 13 |
| 参考4  | （市民税課税状況の確認票）・・・   | 14 |
| 参考5  | （生活保護受給証明書）・・・     | 15 |
| 参考6  | （支援給付受給証明書）・・・     | 16 |
| 参考7  | （予防接種対象者確認書）・・・    | 17 |
| 参考8  | （身体障害者手帳による対象者確認）  | 18 |
| 参考9  | （フローチャート）・・・       | 21 |
| 参考10 | （带状疱疹対象者早見表）・・・    | 23 |
| 参考11 | （予診票記入例）・・・        | 24 |

〒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

## 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) 予防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。

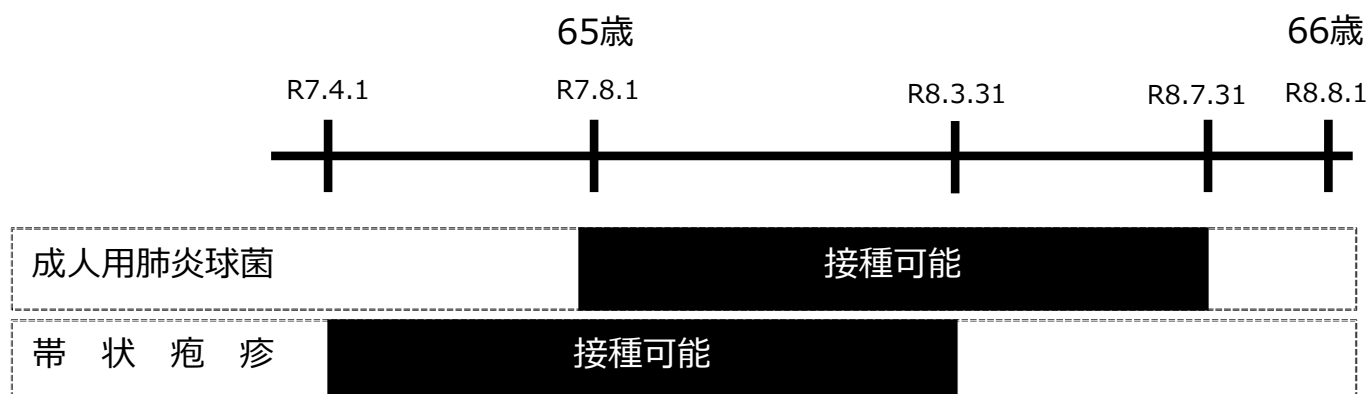
## 2 対象者

| 成人用肺炎球菌                                                                                                                                                  | 带状疱疹                                                                                                                                                                                                                                        |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <p>① <u>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）</u> ※1</p> <p>② 60歳以上65歳未満の者あって、心臓、腎臓又は呼吸器の機能障害による身体障害者手帳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 ※2</p> | <p>① <b>（令和7年度～令和11年度まで）</b><br/><u>65歳、70歳、75歳、80歳、85歳、90歳、95歳、100歳になる者</u>（令和7年度に限り100歳以上となる者も対象） ※1</p> <p><b>（令和12年度以降）</b><br/>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）</p> <p>② 60歳以上65歳未満の者あって、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 ※2</p> |

※1 経過措置期間中は、成人用肺炎球菌と带状疱疹の対象年齢が異なる点について御注意ください。

※2 带状疱疹については、心臓、腎臓又は呼吸器の機能障害による身体障害者手帳1級を有する者は対象外です。

（例）昭和35年8月1日生まれの者が定期予防接種を希望する場合



### 3 実施方法及び用いるワクチン

「B類疾病予防接種ガイドライン」に基づいて実施してください。（最新版につきましては、準備ができ次第お送りします。例年秋ごろに送付しています。）。

| 予防接種名    | ワクチン名                                  | 接種回数・接種方法                  | 接種間隔                                                                                                                                   |
|----------|----------------------------------------|----------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 肺炎球菌     | 2 3 価肺炎球菌莢膜ポリサッカライドワクチン ※ 1            | 0.5mlを<br>1回<br>筋肉内又は皮下に接種 | —                                                                                                                                      |
| 带状疱疹 ※ 2 | 乾燥弱毒生水痘ワクチン（阪大微研）                      | 0.5mlを<br>1回<br>皮下に接種      | —                                                                                                                                      |
|          | 乾燥組換え带状疱疹ワクチンシングリックス（グラクソ・スミスクライン株式会社） | 0.5mlを<br>2回<br>筋肉内に接種     | <u>2か月以上の間隔を置いて2回目の接種を行う。</u><br>ただし、疾病又は治療により免疫不全であるもの、免疫機能が低下したもの又は免疫機能が低下する可能性があるもの等については、医師が早期の接種が必要と判断した場合、1か月以上の間隔を置いて2回目の接種が可能。 |

※ 1 沈降 1 5 価肺炎球菌結合型ワクチン（バクニユバンス）及び沈降 2 0 価肺炎球菌結合型ワクチン（プレベナー 2 0）を定期接種に使用することはできません。

※ 2 带状疱疹ワクチンの交接種はできません。

## 4 接種費用

### (1) 自己負担金

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。

| 肺炎球菌       | 带状疱疹       |            |
|------------|------------|------------|
|            | 生ワクチン      | 組換えワクチン    |
| 2, 4 0 0 円 | 2, 6 0 0 円 | 6, 6 0 0 円 |

※ 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) 自己負担金減免対象者

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7年度の市民税が非課税の世帯に属する者

### (3) 自己負担金減免対象者証明書類

自己負担金減免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「成人用肺炎球菌・带状疱疹予防接種対象者・自己負担金フローチャート」を参考にしてください。

(4) 自己負担金減免区分表

| 区分                                                                                                                     | 肺炎球菌 | 带状疱疹<br>(生ワクチン) | 带状疱疹<br>(組換えワクチン)     | 減免に必要な証明書<br>類 ※ 2                                                                                                                                     |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------|-----------------|-----------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 生活保護法<br>による保護<br>を受けてい<br>る者                                                                                          | 0 円  | 0 円             | 0 円                   | 生活保護受給証明書<br>(参考 5)                                                                                                                                    |
| 中国残留邦<br>人等の円滑<br>な帰国の促<br>進並びに永<br>住帰国した<br>中国残留邦<br>人等及び特<br>定配偶者の<br>自立の支援<br>に関する法<br>律による支<br>援給付等を<br>受けている<br>者 | 0 円  | 0 円             | 0 円                   | 支援給付受給証明書<br>(参考 6)                                                                                                                                    |
| 令和 7 年度<br>市民税が非<br>課税である<br>世帯に属す<br>る者                                                                               | 0 円  | 0 円             | <u>4, 0 0 0 円</u> ※ 1 | 自己負担金減免承認<br>通知書 (参考 1)<br><br>令和 7 年度介護保険<br>料決定通知書兼納入<br>通知書 (参考 2)<br><br>令和 7 年度介護保険<br>料賦課状況確認書<br>(参考 3)<br><br>令和 7 年度市民税課<br>税状況の確認票<br>(参考 4) |

※ 1 令和 7 年度の市民税が非課税の世帯に属する者が、带状疱疹ワクチンのうち、組換えワクチン (シングリックス) の接種を希望する場合は、全額自己負担金免除にはなりませんので、御注意ください。減額に必要な書類の提出を受けたうえで、各医療機関の窓口で 4, 0 0 0 円を徴収してください。

※ 2 自己負担金の減免に必要な証明書の見本につきましては、P. 1 1 ~ 1 6 の参考 1 ~ 6 を御覧ください

## 5 対象者への通知方法等

### (1) 通知方法

対象者には次のとおり、予診票及びお知らせをお送りいたします。

| 予防接種名 | 対象者の誕生月 | 通知時期     |
|-------|---------|----------|
| 肺炎球菌  | 4月～6月   | 7月下旬     |
|       | 7月～翌年3月 | 誕生日の前月下旬 |
| 带状疱疹  | 4月～翌年3月 | 7月下旬     |

### (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11)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たとしても、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

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・带状疱疹予防接種の接種対象期間は通年です。接種の対象年齢を満たす方が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、接種日を含む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。当該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っ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った場合に限る。）

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った場合に限る。）
- 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った場合に限る。）

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。



## 6 接種希望者が持参するもの

予診票、自己負担金

※ 「2 対象者 ②」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) 自己負担金減免対象者」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)

## 7 他の予防接種との接種間隔

2 3 価肺炎球菌莢膜ポリサッカライドワクチン及び乾燥組換え帯状疱疹ワクチンについては、他の予防接種との接種間隔の規定はありません。乾燥弱毒生水痘ワクチンについては、他の生ワクチン(注射剤)の接種を受けた者は、通常、2 7 日以上間隔を置いて接種してください。

## 8 予防接種の記録について

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。

## 9 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。

※ 自己負担金減免対象者は、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」に該当する者は、予診票に身体障害者手帳の写し(参考7)を添付してください。また、自己負担金が減免の場合は、自己負担金減免証明書(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。

## 10 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。

### ① 報告書を作成（次のア又はイのいずれか）

ア 「予防接種後副反応疑い報告書（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<br>(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                           |

## 11 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、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願いください。

## 12 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。

## 13 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

様式第 5 号（第 1 1 条関係）

高 第 号  
年 月 日

様

高松市長

定期予防接種（B 類疾病）自己負担金減免承認通知書

年 月 日付けで申請のあった定期予防接種（B 類疾病）自己負担金減免申請については、審査の結果、次のとおり、減免を承認しますので定期予防接種（B 類疾病）実施要綱第 1 1 条第 3 項の規定により通知します。

| 予防接種の種類 | 自己負担額（1 回あたり） | 接種回数 |
|---------|---------------|------|
|         |               |      |
|         |               |      |
|         |               |      |

上記の予防接種を受ける際は、この承認通知書を実施医療機関に提出してください。

※ 様式は、一部変更となる可能性があります。

## 介護保険料決定通知書兼納入通知書による自己負担金減免の確認



令和 年度 介護保険料 決定通知書 兼 納入通知書

介

納付義務者住所・氏名

高松市桜町 1 丁目 10 番 27 号

高松 太郎 様

令和 年〇月〇日

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。

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  |

※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。

**介護保険の年間保険料**

①+②の合計額 円

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

**1 保険料算定の基礎**

| 期 間      | 保 険 料 段 階 | 基 準 額 | 保 険 料 額 |
|----------|-----------|-------|---------|
| 保険料算定の基礎 |           | 円     | 円       |
|          |           | 円     | 円       |
|          |           | 円     | 円       |
|          |           | 円     | 円       |
|          |           | 円     | 円       |
|          |           | 合 計   | 円       |

**2 徴収方法ごと内訳**

① 特別徴収分 年金からの天引き (年度途中に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。)

合計欄は100円未満の端数は切り捨てています。

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。

※ 様式は、一部変更となる可能性がございます。

介護保険料賦課状況確認書での自己負担金減免の確認

令和 年 月 日

様

**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 年度 (令和 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<br>年金収入 | 保険料段階 |
|----|----|--------------|-------|
|    |    |              | 第3段階  |

|       |   |
|-------|---|
| 年間保険料 | 円 |
| 仮徴収額  | 円 |
| 差引保険料 | 円 |

期別保険料額

| 月   | 保 険 料 |      | 普通徴収の場合の<br>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   |       |      |                   |

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、自己負担金減免対象者です。

自己負担金減免の場合のみ、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。

※ 様式は一部変更となる可能性がございます。

＜様式は、一部変更となる可能性がございます。＞

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7年度 市民税 課税状況の確認票                                                                                                                                                                                                                                                                             |      |                               |      |                  |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------|-------------------------------|------|------------------|
| <p>定期予防接種（新型コロナワクチン、高齢者インフルエンザ、成人用肺炎球菌、带状疱疹）、胃・大腸・肺・前立腺・乳・子宮頸がん検診の自己負担金の減免、及び母子栄養食品受給、産後ケア、初回産科受診料助成のため、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。</p> <p>なお、課税状況を調査されることについて同意します。</p> <p>（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。<br/>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。</p> |      |                               |      |                  |
| 確認票が必要な方①                                                                                                                                                                                                                                                                                      | 住所   | 高松市 町 丁目 番 号<br>番地 (電話番号: - ) |      |                  |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                | ふりがな |                               | 生年月日 | 明・大・昭・平<br>年 月 日 |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                | 氏 名  |                               |      |                  |
| を受けた方②<br>(窓口に来た方)                                                                                                                                                                                                                                                                             | 住所   | 高松市 町 丁目 番 号<br>番地 (電話番号: - ) |      |                  |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                | ふりがな |                               | 生年月日 | 明・大・昭・平<br>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

**\*自己負担金減免の基準\***

- 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。  
なお、手書きによる訂正があるものは無効です。
- 確認票を申請する際は、窓口に来た人の本人確認ができる書類(マイナンバーカード等)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、産後ケア事業、初回産科受診料に関すること……………健康づくり推進課 Tel. 835-2363  
コロナワクチン、インフルエンザ、成人用肺炎球菌、带状疱疹予防接種に関すること……感染症対策課 Tel. 835-2870



## 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● 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

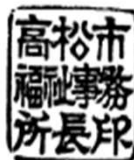
肺炎球菌・带状疱疹予防接種の自己負担料免除のため

令和●年●月●日

宛 先

感染症対策課

高松市福祉事務所長





## 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● から

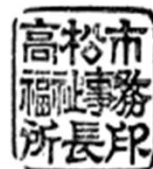
上記世帯は、中国残留邦人等の円滑な帰国の促進並びに永住帰国した中国残留邦人等及び特定配偶者の自立の支援に関する法律等により支援給付を受給していることを証明します。

## 使 用 目 的

肺炎球菌・带状疱疹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



様式第2号（第3条関係）

高 第 号  
年 月 日

様

高松市長

定期予防接種（B類疾病）対象者確認書

年 月 日付けで申請のあった定期予防接種（B類疾病）対象者確認申請については、審査の結果、次のとおり対象者であることを確認しましたので、高松市定期予防接種（B類疾病）実施要綱第3条第3項の規定により通知します。

|         |  |
|---------|--|
| 予防接種の種類 |  |
|---------|--|

上記の予防接種を受ける際は、この確認書を実施医療機関に提出してください。

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>身体障害者手帳</p>  <p>身体障害者<br/>等級表に<br/>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> <p>高松市印</p> | <table border="1"> <tr> <th colspan="2">障 害 名</th> </tr> <tr> <td>〇〇〇〇〇</td> <td></td> </tr> <tr> <td>心臓機能障害</td> <td>1級</td> </tr> <tr> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td></td> <td></td> </tr> </table> | 障 害 名 |  | 〇〇〇〇〇 |  | 心臓機能障害 | 1級 |  |  |  |  |  |  |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------|--|-------|--|--------|----|--|--|--|--|--|--|
| 障 害 名                                                                                                                                                                                                    |                                                                                                                                                                                                                                           |       |  |       |  |        |    |  |  |  |  |  |  |
| 〇〇〇〇〇                                                                                                                                                                                                    |                                                                                                                                                                                                                                           |       |  |       |  |        |    |  |  |  |  |  |  |
| 心臓機能障害                                                                                                                                                                                                   | 1級                                                                                                                                                                                                                                        |       |  |       |  |        |    |  |  |  |  |  |  |
|                                                                                                                                                                                                          |                                                                                                                                                                                                                                           |       |  |       |  |        |    |  |  |  |  |  |  |
|                                                                                                                                                                                                          |                                                                                                                                                                                                                                           |       |  |       |  |        |    |  |  |  |  |  |  |
|                                                                                                                                                                                                          |                                                                                                                                                                                                                                           |       |  |       |  |        |    |  |  |  |  |  |  |

1面

2面

| <table border="1"> <tr> <th>障 害 名</th> </tr> <tr> <td></td> </tr> <tr> <td></td> </tr> <tr> <td></td> </tr> <tr> <td></td> </tr> </table> | 障 害 名 |     |   |  |  | <table border="1"> <tr> <td rowspan="2">視 覚</td> <td>左</td> <td colspan="3"></td> </tr> <tr> <td>右</td> <td colspan="3"></td> </tr> <tr> <td rowspan="2">聴 覚</td> <td>左</td> <td></td> <td>右</td> <td></td> </tr> <tr> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td colspan="2">本籍地都道府県</td> <td colspan="3">香川県</td> </tr> <tr> <td colspan="5">現 住 所</td> </tr> <tr> <td colspan="5">高松市〇〇町〇番地〇</td> </tr> <tr> <td>転入年<br/>月 日</td> <td></td> <td>市長印</td> <td colspan="2"></td> </tr> </table> | 視 覚 | 左 |  |  |  | 右 |  |  |  | 聴 覚 | 左 |  | 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<br>月 日 |  | 市長印 |  |  |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------|-----|---|--|--|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----|---|--|--|--|---|--|--|--|-----|---|--|---|--|--|--|--|--|---------|--|-----|--|--|-------|--|--|--|--|------------|--|--|--|--|------------|--|-----|--|--|
| 障 害 名                                                                                                                                     |       |     |   |  |  |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |     |   |  |  |  |   |  |  |  |     |   |  |   |  |  |  |  |  |         |  |     |  |  |       |  |  |  |  |            |  |  |  |  |            |  |     |  |  |
|                                                                                                                                           |       |     |   |  |  |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |     |   |  |  |  |   |  |  |  |     |   |  |   |  |  |  |  |  |         |  |     |  |  |       |  |  |  |  |            |  |  |  |  |            |  |     |  |  |
|                                                                                                                                           |       |     |   |  |  |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |     |   |  |  |  |   |  |  |  |     |   |  |   |  |  |  |  |  |         |  |     |  |  |       |  |  |  |  |            |  |  |  |  |            |  |     |  |  |
|                                                                                                                                           |       |     |   |  |  |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |     |   |  |  |  |   |  |  |  |     |   |  |   |  |  |  |  |  |         |  |     |  |  |       |  |  |  |  |            |  |  |  |  |            |  |     |  |  |
|                                                                                                                                           |       |     |   |  |  |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |     |   |  |  |  |   |  |  |  |     |   |  |   |  |  |  |  |  |         |  |     |  |  |       |  |  |  |  |            |  |  |  |  |            |  |     |  |  |
| 視 覚                                                                                                                                       | 左     |     |   |  |  |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |     |   |  |  |  |   |  |  |  |     |   |  |   |  |  |  |  |  |         |  |     |  |  |       |  |  |  |  |            |  |  |  |  |            |  |     |  |  |
|                                                                                                                                           | 右     |     |   |  |  |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |     |   |  |  |  |   |  |  |  |     |   |  |   |  |  |  |  |  |         |  |     |  |  |       |  |  |  |  |            |  |  |  |  |            |  |     |  |  |
| 聴 覚                                                                                                                                       | 左     |     | 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<br>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> <div style="display: flex; align-items: center;">  <div> <p>身体障害者<br/>等級表に<br/>よる級別</p> <p style="font-size: 1.2em; margin-left: 10px;">1 級</p> </div> </div> <p>令和○年○月○日交付</p> <p>氏名</p> <p>生年月日</p> <div style="display: flex; justify-content: flex-end; margin-top: 10px;"> <div style="border: 1px solid black; padding: 2px 5px;">高松市印</div> </div> | 障 害 名       |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       | ○○○○○       |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       | じん臓機能障害 1 級 |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |             |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |             |

|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |             |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------|
| <p>身体障害者手帳</p> <div style="display: flex; align-items: center;">  <div> <p>身体障害者<br/>等級表に<br/>よる級別</p> <p style="font-size: 1.2em; margin-left: 10px;">1 級</p> </div> </div> <p>令和○年○月○日交付</p> <p>氏名</p> <p>生年月日</p> <div style="display: flex; justify-content: flex-end; margin-top: 10px;"> <div style="border: 1px solid black; padding: 2px 5px;">高松市印</div> </div> | 障 害 名       |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        | ○○○○○       |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        | 呼吸器機能障害 1 級 |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |             |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |             |

|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |           |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------|
| <p>身体障害者手帳</p> <div style="display: flex; align-items: center;">  <div> <p>身体障害者<br/>等級表に<br/>よる級別</p> <p style="font-size: 1.2em; margin-left: 10px;">1 級</p> </div> </div> <p>令和○年○月○日交付</p> <p>氏名</p> <p>生年月日</p> <div style="display: flex; justify-content: flex-end; margin-top: 10px;"> <div style="border: 1px solid black; padding: 2px 5px;">高松市印</div> </div> | 障 害 名     |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         | ○○○○○     |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         | 疾病による 1 級 |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |           |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |           |

※ 「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。

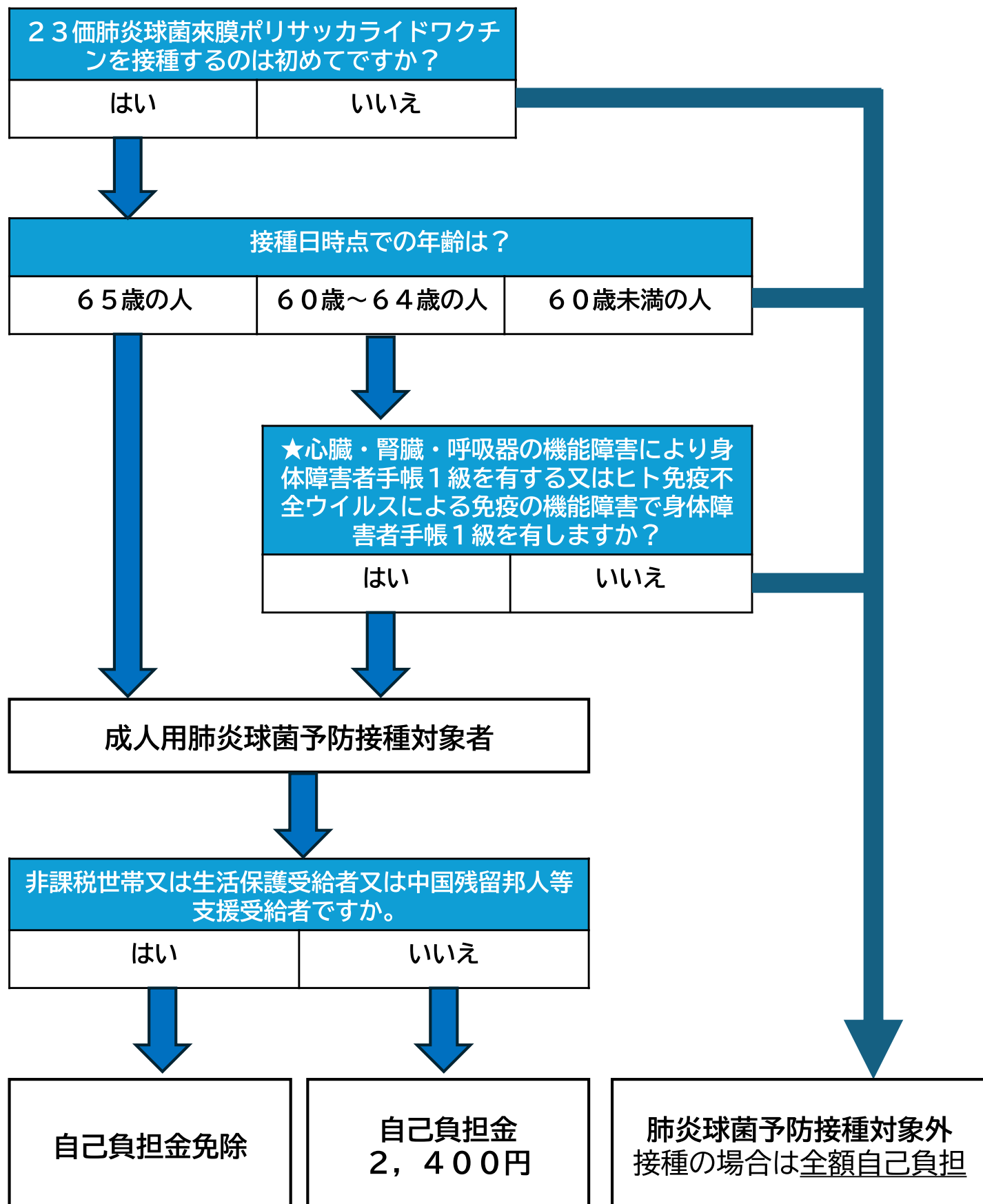
ただし、下記のように、心臓・腎臓・呼吸器の機能障害が1級ではなく、その他の障害と併せて1面が1級となっているものは、**対象外**です。

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

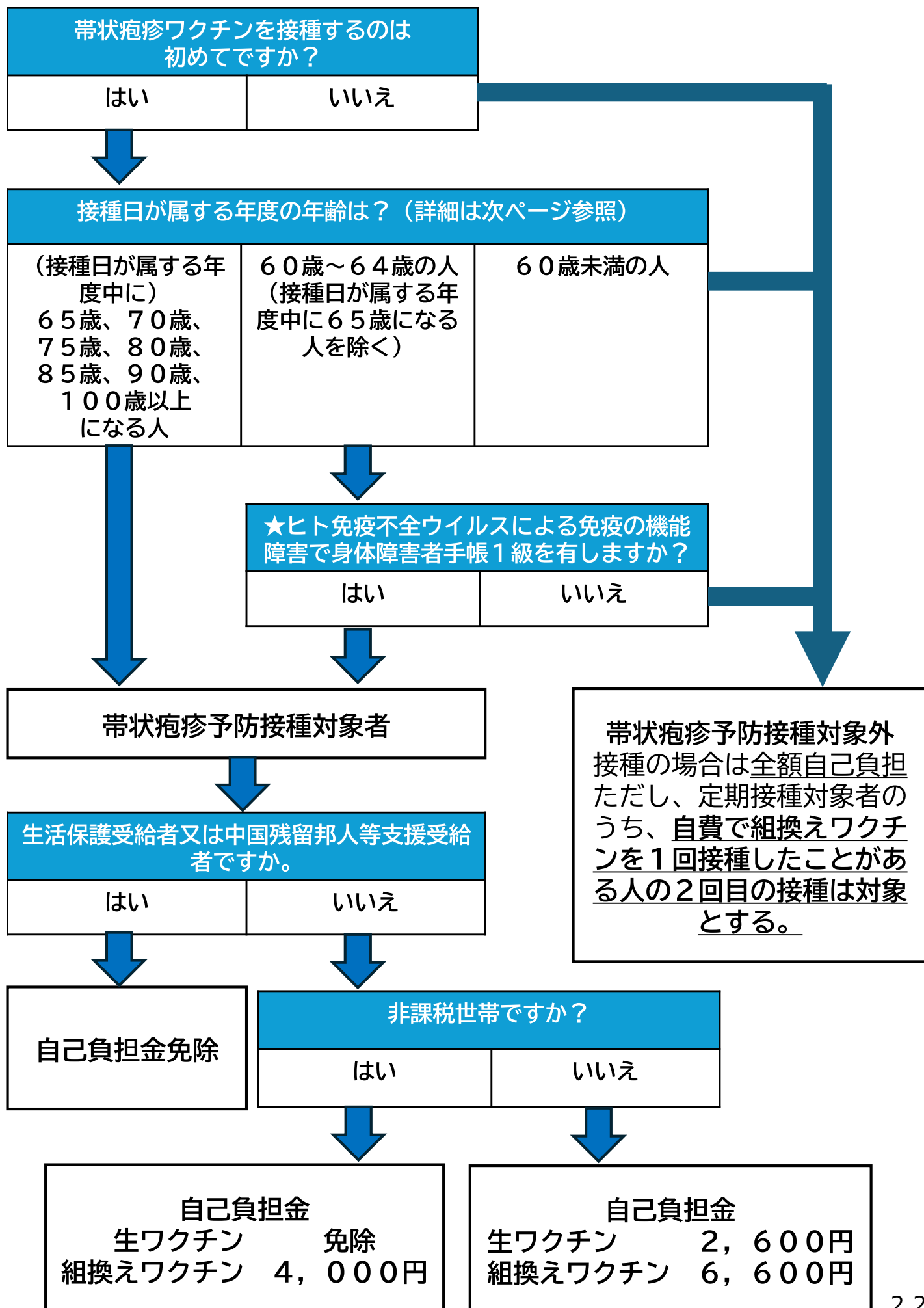
**注！**

**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**

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



# 帯状疱疹定期予防接種対象者・自己負担金フローチャート



| 年度     | 生年月日                                                                                                                                                                              |
|--------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 令和7年度  | 昭和35年4月2日～昭和36年4月1日<br>昭和30年4月2日～昭和31年4月1日<br>昭和25年4月2日～昭和26年4月1日<br>昭和20年4月2日～昭和21年4月1日<br>昭和15年4月2日～昭和16年4月1日<br>昭和10年4月2日～昭和11年4月1日<br>昭和5年4月2日～昭和6年4月1日<br>大正15年4月1日以前        |
| 令和8年度  | 昭和36年4月2日～昭和37年4月1日<br>昭和31年4月2日～昭和32年4月1日<br>昭和26年4月2日～昭和27年4月1日<br>昭和21年4月2日～昭和22年4月1日<br>昭和16年4月2日～昭和17年4月1日<br>昭和11年4月2日～昭和12年4月1日<br>昭和6年4月2日～昭和7年4月1日<br>大正15年4月2日～昭和2年4月1日 |
| 令和9年度  | 昭和37年4月2日～昭和38年4月1日<br>昭和32年4月2日～昭和33年4月1日<br>昭和27年4月2日～昭和28年4月1日<br>昭和22年4月2日～昭和23年4月1日<br>昭和17年4月2日～昭和18年4月1日<br>昭和12年4月2日～昭和13年4月1日<br>昭和7年4月2日～昭和8年4月1日<br>昭和2年4月2日～昭和3年4月1日  |
| 令和10年度 | 昭和38年4月2日～昭和39年4月1日<br>昭和33年4月2日～昭和34年4月1日<br>昭和28年4月2日～昭和29年4月1日<br>昭和23年4月2日～昭和24年4月1日<br>昭和18年4月2日～昭和19年4月1日<br>昭和13年4月2日～昭和14年4月1日<br>昭和8年4月2日～昭和9年4月1日<br>昭和3年4月2日～昭和4年4月1日  |
| 令和11年度 | 昭和39年4月2日～昭和40年4月1日<br>昭和34年4月2日～昭和35年4月1日<br>昭和29年4月2日～昭和30年4月1日<br>昭和24年4月2日～昭和25年4月1日<br>昭和19年4月2日～昭和20年4月1日<br>昭和14年4月2日～昭和15年4月1日<br>昭和9年4月2日～昭和10年4月1日<br>昭和4年4月2日～昭和5年4月1日 |



## 参考11



|      |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |
|------|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 整理番号 | 0 | 0 | 1 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 |
|------|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|

◎ボールペンで強く押して記入してください。

注意

- 電話番号

項 事 問 題

医療機関に備え付けの体温計で測って記入してください

36 度 8 分

成人用肺炎球菌ワクチンについての説明文を読みまし

体温は記入されていますか？  
37.4℃以下ですか？

今日、体に具合の悪いところがありますか  
はいの場合 → 具合の悪い症状を記入してください

現在、何か病気にかかっていますか

その病気で治療(投薬など)を受けていますか。薬の名前(

**【注意】過去に任意接種として予防接種を完了している者は、定期予防接種対象外となり、委託料のお支払が出来ない方となりますので御注意ください。**

過去に23価肺炎球菌莢膜ポリサッカライドワクチンの接種を受けたことがありますか

はいの場合 → それはいつでしたか (平成) (令和) 年 月頃

免疫不全と診断されたことがありますか

心臓、血管、血液、腎臓、肝臓、脳神経、免疫不全症などの病気にかかり医師の診察を受けたことがありますか

はいの場合 → 病名(

その病気の主治医に今日の予防接種の許可を受けていますか

薬や食品で皮膚に発疹やじんましんが出たり、体の異合が悪くなったことはありますか

ひきつけ(けいれん)をおこしたことがありますか

今日の予防接種について質問がありますか

|    |                       |      |         |    |
|----|-----------------------|------|---------|----|
| 医師 | 以上の問診及び診察の結果、今日の予防接種は | ① 可能 | ② 見合わせる | と進 |
|----|-----------------------|------|---------|----|

医師のサインは自筆サイン又は印鑑の押印（ゴム印のみ不可）です。

本人サインはフルネームです。代筆者は本人のサイン欄に被接種者の氏名を代筆したうえで、代筆者の氏名と被接種との続柄を記入してください。

保健所 花子

医師記入欄の訂正は訂正印が必要です。

本人のサイン 保健 太郎

代筆者氏名 保健 次郎

子 続柄

使用ワクチン名 (使用期限注意)

ワクチン名  
(lot No.)

U0123456

使用したワクチンの  
ロットシールをお貼りください。

|             |                                  |
|-------------|----------------------------------|
| 接<br>種<br>量 | (筋肉内注射)<br>又は<br>(皮下注射)<br>0.5ml |
|-------------|----------------------------------|

接種または  
見合わせ年月日 令和 年 月 日

〔実施場所〕

高松保健所病院

接種医療機関・医師名

保健所 花子

医療機関コード

|   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 3 | 7 | 1 | 9 | 9 | 9 | 9 | 9 | 9 | 9 |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|

医療機関 ↓ 高松市保健所 感染症対策課へ ①

66666666#66666666 6666