

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

《R8.3.25版》高松市個別予防接種（成人用肺炎球菌・带状疱疹）

<目 次>

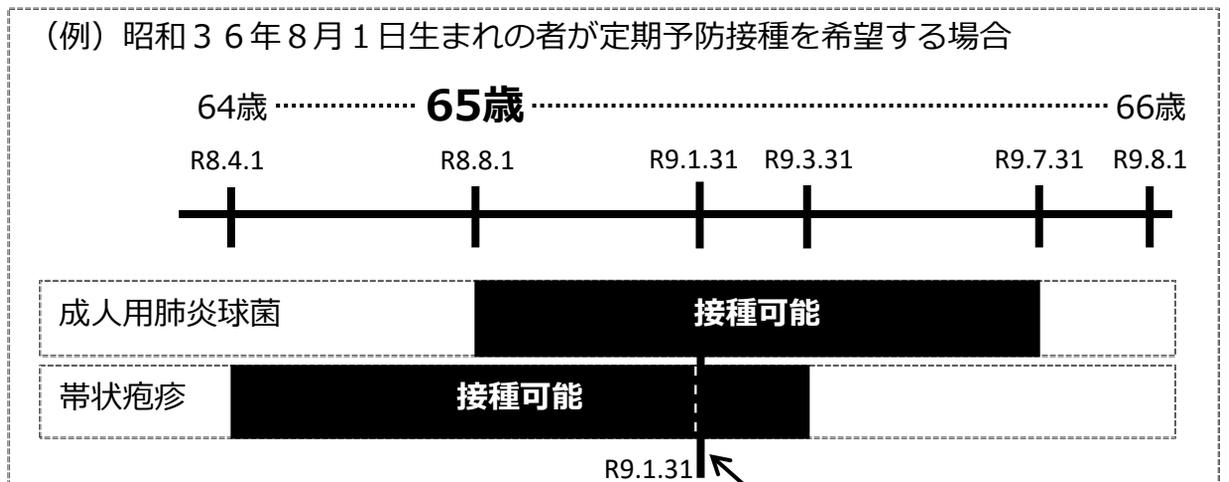
1	対象者	1
2	実施方法及び用いるワクチン	2
3	ワクチンの取扱いにおける注意点	2
4	他の予防接種との接種間隔	2
5	接種費用	3-4
6	対象者への通知方法等	4-5
7	接種希望者が持参するもの	5
8	予防接種の記録について	5
9	予防接種の実施報告及び委託料の支払い	6
10	接種後の副反応の取扱い	6
11	予防接種健康被害救済制度について	7
12	予防接種時の間違いの報告について	7
13	その他	7
参考1	（自己負担金減免承認通知書）	8
参考2	（納入通知書（保険料額決定通知書））	9
参考3	（市民税課税状況の確認票）	10
参考4	（生活保護受給証明書）	11
参考5	（支援給付受給証明書）	12
参考6	（予防接種対象者確認書）	13
参考7	（身体障害者手帳による対象者確認）	14-15
参考8	（対象者／自己負担金フローチャート）	16-17
参考9	（带状疱疹対象者早見表）	18
参考10	（成人用肺炎球菌用予診票記入例）	19
参考11	（带状疱疹用予診票記入例）	20
参考12	（実施報告書記入例）	21

〒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 対象者

成人用肺炎球菌※1	带状疱疹※2
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）※3 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 または 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 ※4	① （令和7年度～令和11年度まで） ※3 年度内に65歳、70歳、75歳、80歳、85歳、90歳、95歳、100歳になる者 （令和12年度以降） 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 ※4

- ※1 肺炎球菌感染症に係る定期の予防接種を受けたことがある方は対象外です。
過去の接種が任意（自費）接種の場合は、医師の医学的判断により必要と認めた場合に限り対象です。
- ※2 自費で組換えワクチンの1回目のみを接種したことがある人の2回目の接種は対象です。生ワクチンまたは組換えワクチンを自費で接種をしたことがある方は、**医師の医学的判断により必要と認めた場合に限り**対象とします。
- ※3 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（ページ下部の図を参照）。
- ※4 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。



注意

組換えワクチン（シングリックス）を接種する場合、接種間隔を2か月あける必要があるため、**遅くとも1月には1回目を接種**するよう御案内ください。

2 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。

予防接種法の趣旨を踏まえ、積極的な接種勧奨にならないよう留意してください。

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 ※ 1	沈降20価肺炎球菌 結合型ワクチン プレベナー20 (ファイザー株式会社)	0.5mlを1回 筋肉内に接種	—
带状疱疹 ※ 2	乾燥弱毒生水痘 ワクチン ビケン (阪大微生物研究会)	0.5mlを1回 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2回 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> 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、 <u>医師が早期の接種が必要と判断した場合、1</u> <u>か月以上の間隔を置いて2回目の接種が可能。</u>

※ 1 沈降23価肺炎球菌莢膜ポリサッカライドワクチン、沈降15価及び21価肺炎球菌結合型ワクチン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互接種はできません。

3 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**はもとより、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を今一度確認の上、接種を行ってください。

4 他の予防接種との接種間隔

沈降20価肺炎球菌結合型ワクチン及び乾燥組換え带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、27日以上間隔を置いて接種してください。

5 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
3,100円 (参考：令和7年度は2,400円)	2,600円	6,600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8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8)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		減免に必要な証明書類 ※2
		(生)	(組換え)	
生活保護法による保護を受けている者	0円	0円	0円	(参考4)生活保護受給証明書 (参考1)自己負担金減免承認通知書 ※シングリックスの欄が「0円」になっているもの
中国残留邦人等支援給付等を受けている者	0円	0円	0円	(参考5)支援給付受給証明書 (参考1)自己負担金減免承認通知書 ※シングリックスの欄が「0円」になっているもの
令和8年度市民税が非課税である世帯に属する者	0円	0円	<u>4,000円</u> ※1	(参考1)自己負担金減免承認通知書 (参考2)令和8年度納入通知書 (保険料額決定通知書) (参考3)令和8年度市民税課税状況の確認票

- ※ 1 令和8年度の市民税が非課税の世帯に属する者が、帯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上で、各医療機関の窓口で4,000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は、(参考1～5)を御覧ください。

6 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	対象者の誕生日	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10・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(見合わせ)の場合でも、診察前の体温の欄の記入と医師、本人サイン、見合わせ年月日等の記入は必要です。

※接種不可(見合わせ)とは

医師が予診票をもとに問診・視診・聴診等を行い、接種することが不適当と判断することです。
受付等で接種不適当(発熱等)と判断し、医師が予診を行わなかった場合や、保険診療扱いになった場合は、接種不可分としての報告はできません。

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)

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、「予防接種理由書」を御提出ください。

(様式は高松市公式ホームページに掲載しています。)

7 接種希望者が持参するもの

・高松市発行の予診票

(帯状疱疹の対象者には、予診票を**2枚**お送りしています。)

・マイナンバーカード等、住所・氏名・年齢が確認できるもの

・自己負担金

※ 60～65歳未満で接種する場合は、予防接種対象者確認書(参考6)又は身体障害者手帳の1～4面の写し(参考7)

※ 自己負担金減免対象者に該当する者は、その証明書(参考1～5のうち、いずれか1つ)

8 予防接種の記録について

接種後は、「高松市予防接種済票」(別紙)に必要事項を記入し、被接種者に交付してください。なお、健康手帳を持参している場合は、健康手帳への記入でも構いません。

※別紙様式の内容を網羅していれば、任意の様式を使用しても構いません。

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

1か月分の実施件数をまとめて、感染症対策課に実施報告書及び予診票を提出してください。

- ・期限は翌月10日（土・日・祝日の場合はその翌平日）（必着）です。
- ・4月～7月実施分は、**実施月のみ実施報告書の提出が必要です。8月～翌3月実施分は、実施が0件でも実施報告書の提出は必要**です。
- ・0件の場合はFAXでの報告も可能です。
- ・実施報告書は押印不要です。
- ※実施報告書及び予診票について**修正テープの使用は不可**です。

また、実施報告書の件数、予診票の医師記入欄については**訂正印の押印が必要**です。

- ・自己負担金減免対象者は、証明書（参考1～5のうち、いずれか1つ）を予診票の後ろにホッチキス（左上）で添付してください。
- ・60～65歳未満で接種する場合は、身体障害者手帳1～4面の写し（参考7）を予診票の後ろにホッチキス（左上）で添付してください。また、自己負担金減免の場合は、証明書（参考1～5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、その後高松市内3医師会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、病歴を確実に把握し、詳細に記録してください。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録しておいてください。

(2) 定期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、以下の受付報告サイトから速やかに（独）医薬品医療機器総合機構（PMDA）へ報告してください。

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。

【報告受付サイト】

<https://www.pmda.go.jp/safety/reports/hcp/0002.html>

→電子またはFAX（0120-176-146）で報告することができます。

11 予防接種健康被害救済制度について

定期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が残ったりする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ときは、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。

内容についてお問合せがあった際は、「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御説明をお願いいたします。

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、すぐに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

高松市のホームページから実施要領や実施報告書の様式等がダウンロードできます。

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」→「医療機関の皆様へ」

様式第5号（第11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11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。

- ※ 带状疱疹につきましては、シングリックスの欄に「4000円」（非課税世帯）か「0円」（生活保護受給者等）のいずれかが記載されます。
- ※ 様式は、一部変更となる可能性がございます。
- ※ この書類は、自己負担金減免の申請を行うことで感染症対策課で発行できる書類です。

納入通知書（保険料額決定通知書）による自己負担金減免の確認

※ この書類は、65歳以上の方全員に毎年7月中旬頃介護保険課から個人宛に郵送される書類です。

接種年度のもの

接種者本人のもの

令和7年度 納入通知書（保険料額決定通知書）

令和7年度分（令和7年度調定分）の介護保険料額を次のとおり決定しました。お知らせいたします。

被保険者番号	0002913737	被保険者氏名	高松 太郎
生年月日	昭和11年12月13日	性別	男
住所	番町1丁目8番15号		

決定年月日 令和8年1月27日
決定理由 当初賦課（本算）

年間保険料額（100円未満の端数は切り捨て）
53,400 円

月	保 険 料 額		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		7,200	令和7年7月31日
8月		6,600	令和7年9月1日
9月		6,600	令和7年9月30日
10月		6,600	令和7年10月31日
11月		6,600	令和7年12月1日
合計		53,400	令和7年12月1日 令和8年1月5日 令和8年2月2日 令和8年3月2日

これまでの保険料納付方法等
徴収方法 普通徴収
特別徴収義務者
特別徴収対象年金

これからの保険料納付方法等
徴収方法 普通徴収
特別徴収義務者
特別徴収対象年金

特別徴収の欄に金額の記載がある場合は、年金から特別徴収となります。
なお、2月の特別徴収の欄に金額の記載がある場合は、翌年の4・6・8月も2月と同額の保険料を年金から特別徴収します。

保険料算定の基礎

期 間	月数 ①	保険料段階 ②	保険料額 ②	保険料算出額 ③ (②×①/12)	減免額 ④	減免後保険料額
4月～3月	12	03	53,400	53,400		

本人課税区分 世帯課税区分
非課税 非課税

老齢福祉年金 公的年金等の収入額 合計所得金額
受給なし 受給なし 1,250,000 150,000

1～3段階の方が対象

注意

ここでは判断しない

<確認のポイント>

- ・令和8年度の納入通知書であること
- ・保険料算定の基礎欄における保険料段階が**第1・2・3段階**のいずれかであること（第1～3段階→世帯・本人非課税区分と判定できます。）
- ★上の例では、**第3段階**と記載されているので、自己負担金減免の対象です。

自己負担金減免対象者のみ、予診票の後ろに納入通知書（保険料額）の写しを
ホッチキスどめ（左上）で添付してください。

<様式は、一部変更となる可能性がございます。>

接種年度のもの

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

令和〇〇年度 市民税 課税状況の確認票

定期予防接種（新型コロナウイルス、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。

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		
氏名	生年月日	明・大・昭・平 年 月 日	
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		
	氏名	生年月日	明・大・昭・平 年 月 日
	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。

確認印の押印があるもの

印がないものや
「×」と書いてあるものは対象外

自己負担金減免の基準

確認印

令和 年 月

○ 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 839-2363

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 839-2870

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	令和●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

宛 先
感染症対策課長

高福生第C ●●●●号

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	令和●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。

※この書類は、

①60歳～65歳未満の方で、

②心臓、腎臓、呼吸器の機能障害及びヒト免疫不全ウイルスにより身体障害者手帳1級を有する方が申請することで、感染症対策課で発行できる書類です。

（障害者手帳の写しを提出できる場合は、必要ありません。）

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の後ろ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。ただし、带状疱疹予防接種においては、心臓・腎臓・呼吸器の機能障害は**対象外**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;"> <p style="font-size: small;">身体障害者 等級表に よる級別 1級</p> </div> <p style="text-align: center; font-size: small;">令和〇年〇月〇日交付</p> <p style="font-size: small;">氏名</p> <p style="font-size: small;">生年月日</p> <div style="display: flex; justify-content: center; align-items: center; margin-top: 10px;"> <div style="border: 1px solid black; padding: 2px 5px; margin-right: 5px;">高松市</div> <div style="border: 1px solid black; padding: 2px 5px; margin-left: 5px;">高松市印</div> </div>	<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <th colspan="2" style="text-align: center;">障 害 名</th> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">〇〇〇〇〇</td> <td style="text-align: center;">心臓機能障害 1級</td> </tr> <tr> <td style="height: 30px;"></td> <td></td> </tr> <tr> <td style="height: 30px;"></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" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <th colspan="2" style="text-align: center;">障 害 名</th> </tr> <tr> <td style="height: 30px;"></td> <td></td> </tr> <tr> <td style="height: 30px;"></td> <td></td> </tr> <tr> <td style="height: 30px;"></td> <td></td> </tr> </table>	障 害 名								<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td rowspan="2" style="text-align: center; font-size: x-small;">視覚</td> <td style="text-align: center; font-size: x-small;">左</td> <td colspan="2"></td> </tr> <tr> <td style="text-align: center; font-size: x-small;">右</td> <td colspan="2"></td> </tr> <tr> <td rowspan="2" style="text-align: center; font-size: x-small;">聴覚</td> <td style="text-align: center; font-size: x-small;">左</td> <td style="width: 20px;"></td> <td style="width: 20px;"></td> </tr> <tr> <td style="text-align: center; font-size: x-small;">右</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td colspan="2" style="text-align: center; font-size: x-small;">本籍地都道府県</td> <td colspan="2" style="text-align: center; font-size: x-small;">香川県</td> </tr> <tr> <td colspan="4" style="text-align: center; font-size: x-small;">現住所</td> </tr> <tr> <td colspan="4" style="text-align: center; font-size: x-small;">高松市〇〇町〇番地〇</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center; font-size: x-small;">転入年 月日</td> <td style="width: 20px;"></td> <td style="text-align: center; font-size: x-small;">市長印</td> <td style="width: 20px;"></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 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 月日		市長印																																					
3面	4面																																						

すべて予診票に添付してください

※手帳の発行時期によっては、4面の「本籍地都道府県」の項目がないものがあります。

※「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。

<p>身体障害者手帳</p>  <p>身体障害者 等級表に よる級別 1級</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>	障 害 名
	<p>●●●●●</p> <p>疾病による</p> <p>1級</p>

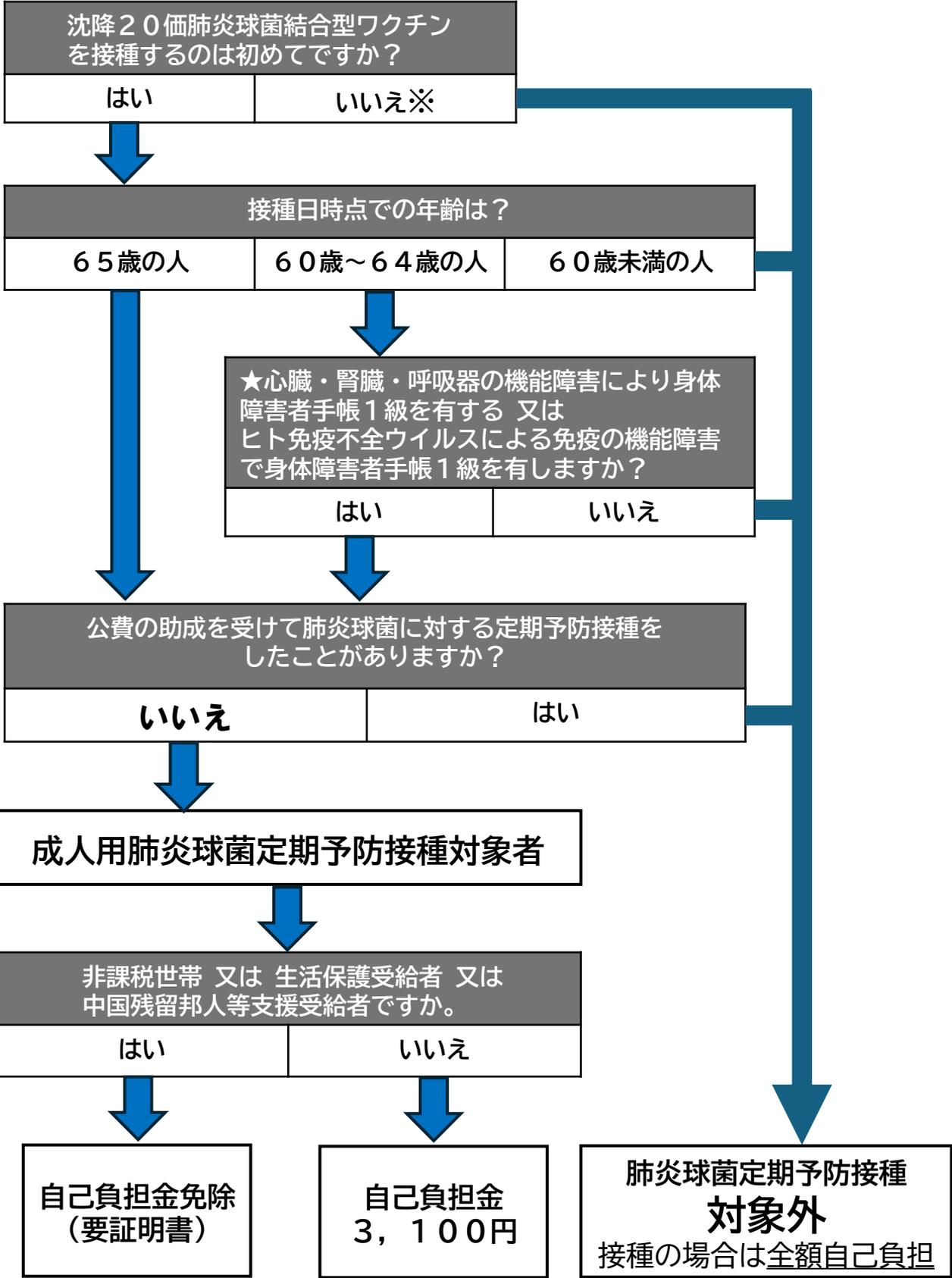
要注意

※下記のように、心臓・腎臓・呼吸器の機能障害が単独で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 1級</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>	障 害 名
	<p>○○○○○</p> <p>体幹機能障害</p> <p>1級</p>
	<p>○○○○○</p> <p>心臓機能障害</p> <p>3級</p>

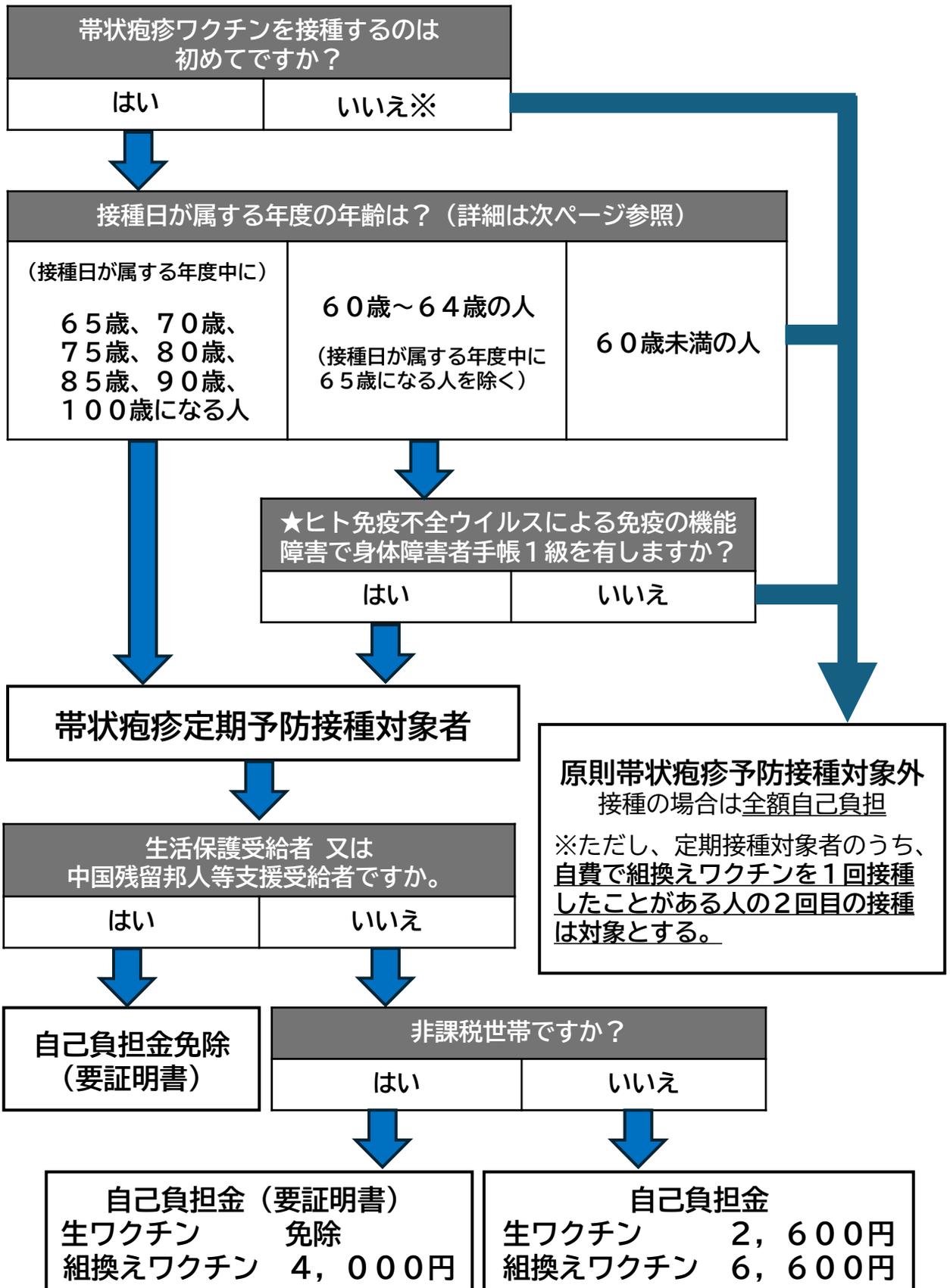
対象外

※自己負担金減免対象者の場合は、証明書類も必ず添付してください。
(予診票+手帳1~4面写し+自己負担金減免書類で1セット)



※ 過去に自費で接種している場合は、医師の医学的判断で接種が必要と認められた場合に限り、定期予防接種対象者とします

带状疱疹定期予防接種対象者・自己負担金フローチャート



※ 過去に自費で接種している場合は、医師が医学的判断で接種が必要と認めた場合に限り、定期接種の対象とします。

帯状疱疹定期予防接種対象者早見表

年度	生年月日
令和7年度 (終了)	昭和35年4月2日～昭和36年4月1日 昭和30年4月2日～昭和31年4月1日 昭和25年4月2日～昭和26年4月1日 昭和20年4月2日～昭和21年4月1日 昭和15年4月2日～昭和16年4月1日 昭和10年4月2日～昭和11年4月1日 昭和5年4月2日～昭和6年4月1日 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 昭和31年4月2日～昭和32年4月1日 昭和26年4月2日～昭和27年4月1日 昭和21年4月2日～昭和22年4月1日 昭和16年4月2日～昭和17年4月1日 昭和11年4月2日～昭和12年4月1日 昭和6年4月2日～昭和7年4月1日 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 昭和32年4月2日～昭和33年4月1日 昭和27年4月2日～昭和28年4月1日 昭和22年4月2日～昭和23年4月1日 昭和17年4月2日～昭和18年4月1日 昭和12年4月2日～昭和13年4月1日 昭和7年4月2日～昭和8年4月1日 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 昭和33年4月2日～昭和34年4月1日 昭和28年4月2日～昭和29年4月1日 昭和23年4月2日～昭和24年4月1日 昭和18年4月2日～昭和19年4月1日 昭和13年4月2日～昭和14年4月1日 昭和8年4月2日～昭和9年4月1日 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 昭和34年4月2日～昭和35年4月1日 昭和29年4月2日～昭和30年4月1日 昭和24年4月2日～昭和25年4月1日 昭和19年4月2日～昭和20年4月1日 昭和14年4月2日～昭和15年4月1日 昭和9年4月2日～昭和10年4月1日 昭和4年4月2日～昭和5年4月1日

高松市 17 成人用肺炎球菌ワクチン予防接種予診票

成人用肺炎球菌予防接種

整理番号

(住所)

住所は高松市ですか？
年齢は65歳の方ですか？

(氏名)

自己負担金免除者は
各種証明書の添付が必要です。
左上をホッチキスでとめて下さい。

注意

- 対象者 高松市に住民登録のある人(転出した人は、この予診票は使用できません)
 - 65歳の人(65歳になる誕生日の前日から66歳になる誕生日の前日まで)
 - 60歳以上65歳未満の人であって、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級を有する人、又はヒト免疫不全ウイルスにより身体障害者手帳1級を有する人
- 太線——のワク内だけ記入してください。

◎ボールペンで強く押しつけて記入してください。

※ただし、過去に一度でも沈降20価肺炎球菌結合型ワクチン(PCV20)の接種を受けたことがある人は対象外

受ける人の
生年月日
電話番号

体温は記入されていますか？
37.4度以下ですか？
(37.5度以上の場合は接種できません。
その場合、接種不可分としても報告できません。)

質問事項	回答	医師記入欄
診察前の体温	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	度 分
成人用肺炎球菌ワクチンについてのお知らせを読み、効果や副作用などについて理解しましたか	はい いいえ	
今日、体に具合の悪いところがありますか	はい いいえ	
はいの場合→ 具合の悪い症状を記入してください()		
現在、何か病気がかかっていますか	はい いいえ	
はいの場合→ 病名()		
その病気で治療(投薬など)を受けていますか 薬の名前()		
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	はい いいえ	
最近1ヶ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	
はいの場合→ 病名()		
1ヶ月以内に予防接種を受けましたか	はい いいえ	
はいの場合→ 予防接種の種類()		
過去に沈降20価肺炎球菌結合型ワクチン(PCV20)の接種を受けたことがありますか	はい いいえ	
はいの場合→ それはいつでしたか (平成()令和()年()月()日)		
免疫不全と診断されたことがありますか	はい いいえ	
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 いいえ	
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	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、体の具合が悪化(アレルギー)を起こしたことがありますか	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 ①可能 ②見合わせる と判断します。	医師のサイン
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(任意接種-医薬品副作用被害救済制度)について、説明をしました。		

「はい」に○がついていますか？
ついていない場合は、予診の際に説明したことが分かるよう医師記入欄に記入がありますか？

過去に一度でも20価ワクチンの接種を受けたことがある人は、助成の対象外です。
※過去に自費で接種している場合は、医師の医学的判断で接種が必要と認めた場合に限り、定期予防接種対象者とします。

「可能」又は「見合わせる」にチェックがついていますか？
医師のサインは、自筆のサイン又は印鑑の押印がありますか？(ゴム印のみは不可)

フルネーム鉛筆不可

医師記入欄を訂正する場合、訂正印が必要

代筆による署名の場合、
①本人のサイン(代筆記入)
②代筆者のサイン
③本人との続柄が必要です。

医師・看護師は代筆不可

その他医師記入欄(接種又は見合わせ年月日、実施場所・医療機関・医師名等)に記入漏れや訂正、ワクチンのロットシールの貼付忘れはありませんか？

医療機関 ↓ 高松市保健所 感染症対策課へ①

高松市 22 带状疱疹予防接種予診票

整理番号

(住所)

(氏名)

住所は高松市ですか？
年齢は65歳の方ですか？

自己負担金減免・免除者は
各種証明書の添付が必要です。
左上をホッチキスでとめて下さい。

- 1 対象者 高松市に住民登録のある人(転出した人は、この予診票は使用できません)
- 注 意
- ①今年度に65歳、70歳、75歳、80歳、85歳、90歳、95歳、100歳となる人
 - ②60歳以上65歳未満の人であって、ヒト免疫不全ウイルスにより身体障害者手帳1級を有する人
- 2 太線—のワク内だけ記入してください。

ワクチンの種類と回数 生 (1回のみ)

接種を受ける人の生年月日

連絡先(電話番号) —

体温は記入されていますか？
37.4度以下ですか？
(37.5度以上の場合は接種できません。
その場合、接種不可分としても報告できません。)

※ただし、過去に带状疱疹ワクチン(生ワクチン1回、組換えワクチン2回)の接種を受けたことがある人は対象外

有効期間 令和 年3月31日まで

診察前の体温	医師記入欄	回答	医師記入欄
過去に带状疱疹ワクチンの接種を受けたことがありますか(任意・定期いずれの場合も記入してください)	はい	いいえ	
前回接種したワクチンの種類、接種年月日を記載してください また、ワクチンの種類は乾燥弱毒生水痘ワクチン「ピケン」®(生ワクチン)、シングリックス®(組換えワクチン)のうち、いずれか一つを○で囲んでください	年 月 日 (生) (組換え)		
带状疱疹ワクチンについてのお知らせを読み、効果や副反応について理解しましたか	はい	いいえ	
今日、体に異合の悪いところがありますか	はい	いいえ	
現在、何か病気にかかっていますか その病気で治療(投薬)を受けていますか	はい	いいえ	
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	はい	いいえ	
1か月以内に予防接種を受けても異合が悪くなったことがありますか	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	
現在、ステロイド剤や免疫抑制剤など、特別な薬の投与を受けていますか (注)免疫不全状態の方、薬剤治療等により免疫抑制状態の方は生ワクチンを接種することができません	はい	いいえ	
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	いいえ	
薬や食品で皮膚に発疹やじんましんが出たり、体の異合が悪化(ききつけ(けいれん))を起こしたことがありますか	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	
医師の診察結果、今日の予防接種は	(1) 可能 (2) 見合わせる		

有効期間内ですか？

過去に带状疱疹ワクチンの接種を受けたことがある人は、助成の対象外です。
※過去に自費で接種している場合は、医師の医学的判断で接種が必要と認めた場合に限り、定期予防接種対象者となります。

「はい」に○がついていますか？
ついていない場合は、予診の際に説明したことが分かるよう医師記入欄に記入がありますか？

「可能」又は「見合わせる」にチェックがついていますか？
医師のサインは、自筆のサイン又は印鑑の押印がありますか？(ゴム印のみは不可)

フルネーム
鉛筆不可

医師記入欄を訂正する場合、
訂正印が必要

代筆による署名の場合、
①本人のサイン(代筆記入)
②代筆者のサイン
③本人との続柄が必要です。

医師・看護師は
代筆不可

その他医師記入欄(接種又は見合わせ年月日、実施場所・医療機関・医師名等)に記入漏れや訂正、ワクチンのロットシールの貼付忘れはありませんか？

◎ボールペンで強く押しつけて記入してください。
医療機関 ↓ 高松市保健所 感染症対策課へ ①

実施報告書記入例

参考12
令和 年 月 日

高松市内3医師会連合会理事長 殿

提出する予診票はホッチキスや紐で綴じず、クリップ留めかファイル等に入れて御提出ください。

所在地 ○○○○○
医療機関連絡先 ○○○○○
医療機関名 ○○○○○
院長名 ○○○○○

押印不要

接種年度のもの

令和8年度 高松市帯状疱疹予防接種実施報告書
(乾燥組換え帯状疱疹ワクチン「シングリックス」用)

毎月記入

(○月分)

区分	接種者			
	95歳未満		「予防接種対象者確認書」又は「身体障害者手帳写」を持参した60歳～64歳	
	1回目	2回目	1回目	2回目
自己負担金徴収者	10 件	6  件	1 件	0 件
自己負担金免除者 (生活保護受給者等)	2 件	0 件	0 件	0 件
自己負担金一部免除者 (非課税世帯)	5 件	1  件	1 件	1 件
接種不可(保険診療をしなかった場合)			1 件	

修正する場合は二重線で訂正し、訂正印を押印ください。
修正テープ(液)は不可です。

添付書類

- (1) 予診票 (2枚複)
- (2) 自己負担金減免
- (3) 60歳～64歳
帳1級を有する

※(2)・(3)については、該当予診票の後ろにホッチキスで添付
※ホッチキスは左上1か所でとめてください

接種を見合わせた件数を記入してください。
※保険診療をした場合は計上しないでください。

合計件数ではありませんので御注意ください。

送付先：〒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 TEL (087) 839-2870
FAX (087) 813-0221

送付期限：翌月の10日(土・日・祝日の場合はその翌平日)まで

注) 8月分(令和8年9月10日締切分)以降は、実施していない場合も0件として報告すること。(0件の場合FAX可)