

高松市高齢者インフルエンザ・新型コロナウイルス感染症 定期予防接種実施について

《R8.9.16版》高松市個別予防接種（高齢者インフルエンザ・新型コロナウイルス感染症）
＜目 次＞

1	対象者	1
2	実施期間	1
3	実施方法及び用いるワクチン	1
4	ワクチンの取扱いにおける注意点	1
5	接種費用	2
6	対象者への通知方法等	3
7	接種希望者が持参するもの	3
8	予診をする前の確認事項	3
9	予診票について	3-4
10	予防接種の記録について	4
11	予防接種の実施報告及び委託料の支払い	4-5
12	報告に必要なもの	5
13	接種後の副反応の取扱い	6
14	予防接種健康被害救済制度について	6
15	予防接種時の間違いの報告について	6
16	その他	6
17	令和8年度委託料単価について	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
参考9	（予診票記入例）	17
参考10	（実施報告書記入例）	18

〒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

高松市に住民登録があり、

- (1) 接種日において65歳以上（65歳の誕生日の前日より該当）の者
- (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級を有する者（身体障害者手帳1～4面の写しが必要です。）

※ 公費助成の対象となる接種は、1年度中に1人1回のみです。2回目以降の接種は公費助成の対象とはなりませんので御注意ください。

2 実施期間

高齢者インフルエンザ・・・令和8年9月25日（金）から令和9年3月31日（水）までの間
新型コロナウイルス感染症・・・令和8年10月1日（木）から令和9年3月31日（水）までの間

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。

※ 被接種者に予診票を渡す際に同封の「予防接種のお知らせ」を一緒に渡し、予防接種について理解したうえで予診票に記入するよう御指導ください。

※ 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。

B類疾病（インフルエンザ等）の予防接種は、主に個人の予防目的のために行うものであることから、予防接種の対象者は、自らの意思と責任で接種を希望する場合に接種を行うこととなる。対象者の意思確認ができない場合は、予防接種法に基づいた予防接種を行うことはできないことから、任意の予防接種として接種することを検討する。
(B類疾病予防接種ガイドラインより一部引用)

	インフルエンザ	コロナワクチン	
用いる ワクチン	インフルエンザHAワクチン A型株 A/スイス/6849/2025 (IVR-278) (H1N1) A/ミシガン/105/2025 (SAN-049A) (H3N2) B型株 B/東京/EIS13-175/2025 (ビクトリア系統)	ファイザー社	オミクロン株 XFG対応 1価ワクチン
		モデルナ社	
		武田薬品工業社※	
		第一三共社※	オミクロン株 NB. 1. 8. 1 対応1価ワクチン
		Meiji Seika ファルマ社※	

※令和8年8月25日現在薬事手続き中

インフルエンザとコロナワクチンは
医師が必要と認めた場合、同日接種も可

4 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。

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。

インフルエンザワクチン	1,400円
新型コロナワクチン	4,600円

(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。)

以下の表を参考にしてください。

(4) 自己負担金減免区分表

区分	新型コロナ ワクチン	インフルエンザ ワクチン	減免に必要な証明書類 ※1
生活保護法による保護を受けている者	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
中国残留邦人等支援給付等を受けている者	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
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	(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 自己負担金の減免に必要な証明書類の見本は、(参考1～5)を御覧ください。

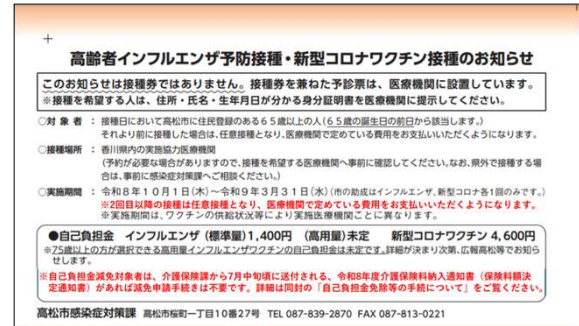
※2 他市区町村が発行した書類の提出では自己負担金免除とはなりません。

6 対象者への通知方法

高松市健康づくり推進課作成の「がん検診・健康診査等のお知らせ／受診券」に同封しています。

- ・通知時期：令和8年6月中旬
- ・発送物：高齢者インフルエンザ予防接種・新型コロナワクチン接種のお知らせ
- ・発送対象者：昭和37年4月1日以前に生まれた方（令和8年中に65歳以上になる方）

- ※ このお知らせを回収する必要はありません。
- ※ 対象者が65歳になる年度に前もって送付しています。65歳の誕生日の前日より前に接種した場合は、任意接種となり、公費での助成はできません。御注意ください。



7 接種希望者が持参するもの

- (1) マイナンバーカード等、住所・氏名・年齢が確認できるもの
 - ※ 『1対象者-（2）』に該当する者は、「予防接種対象者確認書」（参考6）又は「身体障害者手帳の写し（1～4面）」（参考7）
- (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1～5のうちいずれか1つ）

☆接種の可否、自己負担金の判定、持参物等、接種までの流れについては、『令和8年度 定期予防接種対象者・自己負担金減免フローチャート』（参考8）を御確認ください。

8 予診をする前の確認事項

- (1) 予診票の住所（※接種日時点で高松市に住民登録がない方は接種対象外）、氏名、生年月日、質問事項について記入もれがないか確認してください。
- (2) 接種日現在の年齢を必ず確認し、定期予防接種の対象者であることを十分にご確認ください。
 - ※ 65歳の誕生日の前日より前の接種は任意接種となり、委託料の請求はできません。

9 予診票について

- (1) 感染症対策課から配布している予診票が足りない場合
令和7年度の接種実績をもとに予診票をお送りしています。不足が予想される場合は、お早めに感染症対策課まで御連絡ください。準備ができ次第、郵送させていただきます。請求枚数が多い場合は、窓口渡しとさせていただきます場合があります。
また、昨年度、令和7年度の予診票を令和8年度においても使用できる旨、お伝えしておりましたが、予防接種法の改正に伴い、使用できなくなりました。お手数ですが、令和7年度予診票は破棄していただき、令和8年度の様式を御利用ください。

(2) 予診票の内容確認

各項目のチェック方法は予診票記入例（参考 9）を参照してください。

被接種者本人の署名について、被接種者本人が自署できない場合は、**代筆者が①本人署名欄に被接種者氏名を記入し、②代筆者の欄に代筆者氏名及び③続柄を記入してください。**

代筆者については、家族がいない又は遠方にいる等の事情がある場合に限り、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。

※ 予防接種対象者の意思確認が困難な場合

家族又は主治医の協力により対象者本人の意思確認をすることは認められますが、接種を希望することが確認できた場合に限り接種を行うことができます。対象者の意思確認ができない場合は、予防接種法に基づいた接種は行うことができません。任意の予防接種として接種することを検討してください。

※ 接種不可（見合わせ）の場合

接種不可（見合わせ）の場合でも、個人情報を入力した予診票が高松市に提出されることへの同意も兼ねているので、見合わせの場合でも被接種者のサインは必要です。

また、診察前の体温の欄の記入と医師記入欄、見合わせ年月日、予診票下部の実施場所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當と判断することです。

受付等で接種不適當（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。

10 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。

11 予防接種の実施報告及び委託料の支払い

(1) 接種料金は一部公費負担とします。

「17 令和 8 年度委託料単価について」を御参照ください。

(2) 高松市は医療機関からの予防接種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、それを同連合会が各医療機関の口座に振り込みます。

(3) 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。

接種期間内で接種が無い場合も、期日までに 0 件の報告をしてください（9 月実施分を除く）。

0 件の場合は、FAXでの提出も可とします。（FAX 番号：087-813-0221）

- ※ 送信先間違いが多発しています。送信前にFAX番号の御確認をお願いします。
- ※ 令和9年3月より前に今期の接種を終了する場合は、最後の実施月の実施報告書の下欄にその旨を記載して御提出していただければ、翌月以降の実施報告書の提出は必要ありません。

12 報告に必要なもの

(1) 予防接種実施報告書（別紙）

予診票の枚数、所在地、医療機関名・代表者名を記入してください。

実施報告書は押印不要ですが、実施報告書の件数については訂正印の押印が必要です。修正テープの使用は不可です。

※ 報告時の注意点は、（参考10）を確認してください。

(2) 予診票の原本（2枚複写の1枚目）

接種済者の予診票と接種不可の者の予診票を、自己負担金の有無と対象者の年齢区分（65歳以上・60～64歳）に分けて御提出ください。

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。また、医師記入欄に限らず、修正テープの使用は不可です。

※ 自己負担金減免対象者は、証明書（参考1～5いずれか1つ）を添付してください。

※ 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1～4面の写し」（参考7）を添付してください。

※ 添付書類は全て揃っていることを確認し、ホッチキスで予診票の後ろ（左上1か所）に止め、1人分を1セットにしてください。（クリップは外れることがあるため不可）



【送付前に御確認を！】

- ☑ 自己負担金減免書類は令和8年度のものでしょうか？
→古い年度の書類ではお支払いができません。
- ☑ 自己負担金減免書類の添付間違いはありませんか？
→高松市外の書類や国保・高齢者医療課の書類ではお支払いができません。
- ☑ 自己負担金減免書類は接種者本人のものでしょうか？
→世帯の課税状況が確認できても、本人以外の書類ではお支払いができません。

13 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。

14 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。

15 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。

16 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」

17 令和8年度委託料単価について

単位：被接種者1人1回当たり

予 防 接 種 名		接 種 (ワクチン代含む)	接 種 不 可 (診察後、接種を見合わせ、 且つ治療しなかった場合)
高齢者 インフルエンザ ワクチン	自己負担（有）	3, 6 0 0 円	2, 9 1 0 円
	自己負担（無）	5, 0 0 0 円	2, 9 1 0 円
新型コロナ ワクチン	自己負担（有）	1 1, 0 0 0 円	2, 9 1 0 円
	自己負担（無）	1 5, 6 0 0 円	2, 9 1 0 円

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。
- ※ 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

接種年度のもの

接種者本人のもの

令和 年度 納入通知書（保険料額決定通知書）

令和 年度分（令和 年度調定分）の介護保険料額を次のとおり決定しましたので通知します。

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 年 月 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）

保 険 料 額

普通徴収の場合の
納 期 限

※ 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。

これまでの保険料

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

1～3段階の方が対象

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。

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 ③	保険料算出額 ④ (②×③/12)	減免額 ⑤	減免後保険料額 ⑥
4月～3月	12	03	53,400	53,400		

注意

ここでは判断しない

保険料算定の基礎欄

本人課税区分	世帯課税区分	生活保護	老齢福祉年金	公的年金等の収入額	合計所得金額
非課税	非課税	受給なし	受給なし	1,250,000	150,000

普通徴収（口座振替等）の場合の口座情報

金融機関

<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（新生児・乳幼児・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		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。

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
い。

※ この書類は、市民税課、各総合センター、支所出張所で
発行している書類です

※ 出張所で発行できるのは、令和8年12月までです

【お問
がん検
コロナ

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	
※ この書類は、生活福祉課で発行している書類です			

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



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	

※ この書類は、生活福祉課で発行している書類です

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、

① 60 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。

身体障害者手帳  身体障害者 等級表に よる級別 1級 令和〇年〇月〇日交付 氏名 生年月日 高松市 高松市印	<table border="1" style="width: 100%;"> <tr> <th colspan="2" style="text-align: center;">障 害 名</th> </tr> <tr> <td style="width: 80%;">〇〇〇〇〇</td> <td style="width: 20%;"></td> </tr> <tr> <td>心臓機能障害</td> <td style="text-align: center;">1級</td> </tr> <tr> <td style="height: 40px;"></td> <td></td> </tr> <tr> <td style="height: 40px;"></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%;"> <tr> <th colspan="2" style="text-align: center;">障 害 名</th> </tr> <tr> <td style="height: 40px;"></td> <td></td> </tr> <tr> <td style="height: 40px;"></td> <td></td> </tr> <tr> <td style="height: 40px;"></td> <td></td> </tr> <tr> <td style="height: 40px;"></td> <td></td> </tr> </table>	障 害 名										<table border="1" style="width: 100%;"> <tr> <td rowspan="2" style="width: 10%; text-align: center;">視 覚</td> <td style="width: 10%; text-align: center;">左</td> <td colspan="3"></td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">右</td> <td colspan="3"></td> </tr> <tr> <td rowspan="2" style="text-align: center;">聴 覚</td> <td style="text-align: center;">左</td> <td style="width: 10%;"></td> <td style="width: 10%; text-align: center;">右</td> <td></td> </tr> <tr> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td colspan="2" style="text-align: center;">本籍地都道府県</td> <td colspan="3" style="text-align: center;">香川県</td> </tr> <tr> <td colspan="5" style="text-align: center;">現住所</td> </tr> <tr> <td colspan="5" 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 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 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。

身体障害者手帳 身体障害者 等級表に よる級別 1級 令和○年○月○日交付 氏名 生年月日 高松市 高松市印		<table border="1"> <tr> <th colspan="2">障 害 名</th> </tr> <tr> <td>○○○○○ 疾病による</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		○○○○○ 疾病による	1級						
障 害 名												
○○○○○ 疾病による	1級											

要注意

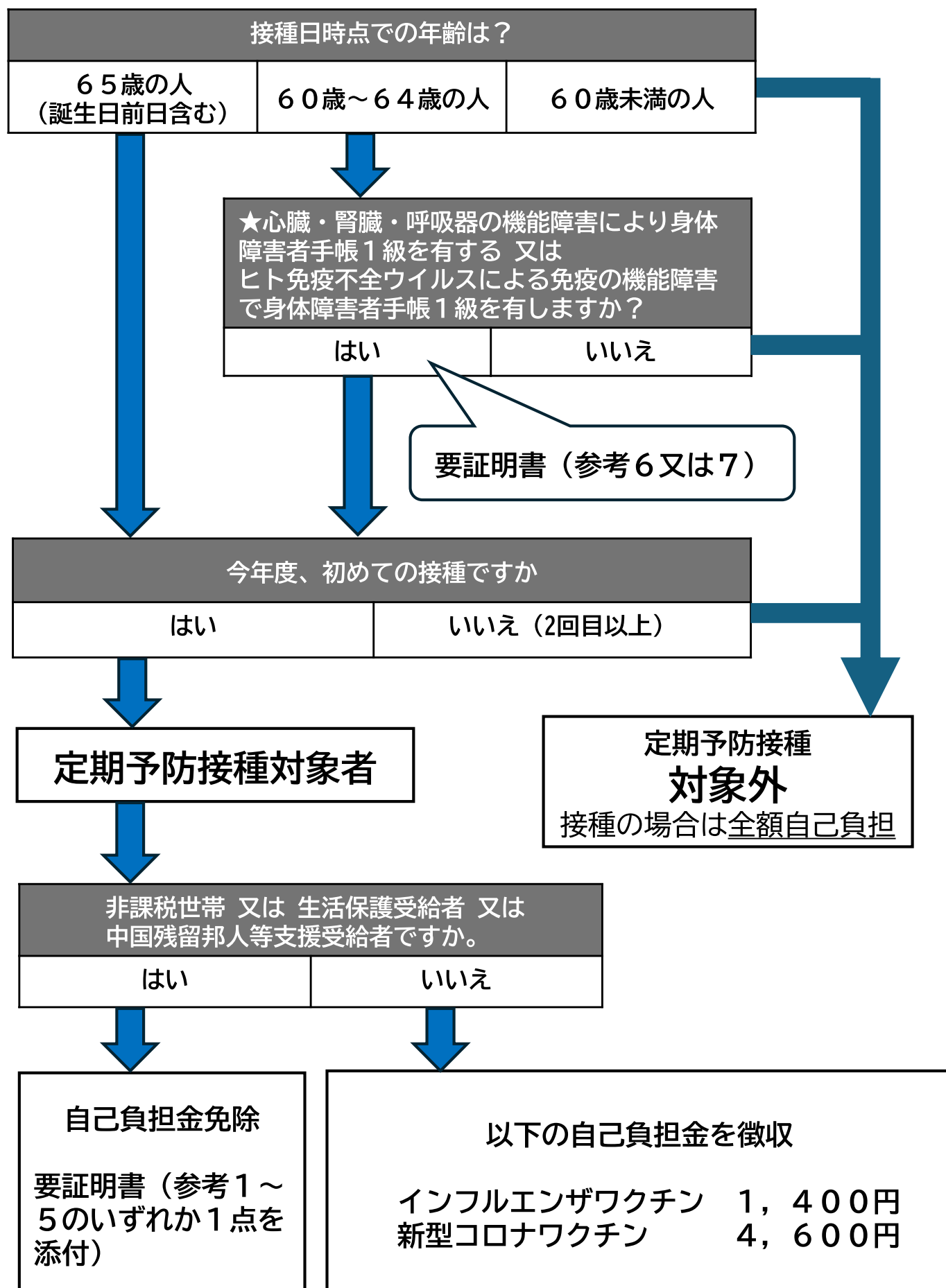
※下記のように、心臓・腎臓・呼吸器の機能障害が単独で1級ではなく、その他の障害と併せて1面が1級となっているものは、**対象外**です。

身体障害者手帳 身体障害者 等級表に よる級別 1級 令和○年○月○日交付 氏名 生年月日 高松市 高松市印		<table border="1"> <tr> <th colspan="2">障 害 名</th> </tr> <tr> <td>○○○○○ 体幹機能障害</td> <td>1級</td> </tr> <tr> <td>○○○○○ 心臓機能障害</td> <td>3級</td> </tr> <tr> <td> </td> <td> </td> </tr> <tr> <td> </td> <td> </td> </tr> </table>	障 害 名		○○○○○ 体幹機能障害	1級	○○○○○ 心臓機能障害	3級				
障 害 名												
○○○○○ 体幹機能障害	1級											
○○○○○ 心臓機能障害	3級											

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)

高齢者インフルエンザ・新型コロナウイルス感染症予防接種 対象者・自己負担金フローチャート



予診票記入例（インフルエンザ・コロナ共通）

参考 9

高松市 3 4 高齢者インフルエンザ予防接種

注意 1 対象者 高松市に住所を有する 65 歳以上の人【65 歳の誕生日

注意 2 自己負担金免除者は、公費助成対象であることがわかる該当の身

注意 3 公費助成を受けての接種は 1 回のみとなります

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。

住所は高松市ですか？

楷書ではっきりと書いてありますか？
(フリガナは濁点で1マスを取る必要はありません)

住民票記載住所	高松市	()	-
フリガナ	(フリガナは姓と名の間を1マス空ける)		
受ける人の氏名			
生年月日	大正 () 昭和 ()	年 () 月 () 日 ()	(満 () 歳)

生年月日は楷書ではっきりと書いてありますか？
年齢は65歳以上の方ですか？60～64歳の場合、
身体障害者手帳の写しは添付してありますか？

項	回 答 欄	医師記入欄
インフルエンザの接種についての説明文を読み、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	
これまでにインフルエンザの予防接種を受けましたか？	はい いいえ	
①その際に具合が悪くなったことはありますか？	はい いいえ	
②インフルエンザ以外の予防接種の際に具合が悪くなったことはありますか？	はい いいえ	

「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？

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。)

何らかの病気にかかって、治療(投薬など)を受けたことがありますか。	はい いいえ
病名：口心臓病 口腎臓病 口肝臓病 口血液疾患 口免疫不全	
口その他 ()	
状況：口現在、治療(投薬)を受けている 口現在は治療(投薬)を受けていない	
その病気の主治医には、今日の予防接種を受けても良いと言われましたか。	はい いいえ
最近1か月以内に熱が出たり、病気にかかったりしましたか。	はい いいえ
病名 ()	
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
今日、体に具合の悪いところがありますか。	はい いいえ
具合の悪い症状を書いてください。()	
けいれん(ひきつけ)をおこしたことがありますか。	はい いいえ
二ワトリの肉や卵などにアレルギーがありますか。	はい いいえ
薬や食品などで、重いアレルギー症状(アナフィラキシー)が出たことがありますか。	はい いいえ
薬・食品など原因になったもの ()	
今日の予防接種について質問がありますか。	はい いいえ

「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)

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。
	また、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ました。
	医師のサイン

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。

フルネーム
鉛筆不可

医師・看護師は代筆不可

医師の診察・説明を十分に理解した上で、接種を希望します。	副反応の可能性、
この予防接種は、予防接種の安全性の確保を目的としており、市町村に提出された接種券に基づき接種した場合、2回目以降の接種費用は医療機関が定めます。	
以上を踏まえ、接種を受ける方は、以下の該当する欄にご署名ください。	
(本人が接種する場合、代筆者が①被接種者署名、②代筆者署名、③被接種者との続柄を記入してください)	
①本人署名(接種を受ける方)	②代筆者署名(①も要記入)
③続柄	

コロナワクチンは接種量を記入

使用ワクチン名(使用期限注意)	接種量	接種年月日	令和 () 年 () 月 () 日	医療機関コード
ワクチン名 (lot No.)	(皮下注射) 0.5ml	見合わせ年月日		
		〔実施場所〕		
		接種医療機関		

ロットシールの貼付忘れはありませんか？

その他医師記入欄(接種又は見合わせ年月日、医療機関コード、医療機関・医師名等)に記入漏れはありませんか？

実施報告書記入例（インフルエンザ・コロナ共通）

参考10

高松市内3医師会連合会理

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。

医療機関連絡先

医療機関名

令和 年 月 日

押印不要

接種年度のもの

令和8年度

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。

毎月記入

防接種実施報告書

（ 月分）

事 項	被 接 種 者 数	
	65歳以上 (65歳の誕生日前日含む)	60～64歳 (※確認書類添付)
自己負担金区分		
徴 収 者	人	
免 除 者 (※確認書類添付)	人	

※65歳以下で免除者の場合
・身体障害手帳の写し（1～4面）
・免除書類
両方の添付が必要です

接種不可（見合わせ） 保険診療をしなかった場合
※予診票に署名、見合わせた日付を記入すること

人

【添付書類】

- (1) 予診票（
- (2) 自己負担
- (3) 60歳～

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。

※修正テープ（液）不可

（1～4面）の写し
級を有する者
有する者

※（2）・（3）については、該当予診票の後ろにホッチキス（左上1か所留め）で添付

送付期限：翌月の10日必着（10日が土日祝日の場合はその翌平日）

※実績がない場合でも、10月以降は毎月実施 提出が必要です。（0件の場合はFAX可）

※当該年度において、高齢者インフル

スに☑を入れ、御報告をお願いします

【高齢者インフルエンザ予防接種実施

- ☐ 当院での、予防接種の受付は
つきましては、今回を最終の報告といたします。（終了時点での予診票の残数：約 枚）

【10日の提出に間に合わない場合】

翌月の処理に変更していただく場合があります。
発送前に一度、感染症対策課まで御相談ください。

【お問い合わせ先・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 予防接種係
TEL（087）839-2870
FAX（087）813-0221