

令和 7 年度 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

＜目 次＞

1	対象者	 1
2	実施方法	 1
3	実施期間	 1
4	接種費用の自己負担	 1～2
5	対象者への通知方法	 2
6	ワクチンの取扱いについて	 2
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	予診票の各項目のチェック方法	 3～4
10	接種済の記録について	 5
11	予防接種の実施報告及び委託料の支払い	 5
12	報告に必要なもの	 5～6
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	予診票について	 7
16	予防接種時の間違いの報告について	 7
17	令和 7 年度委託料単価について	 8
参考 1	自己負担金減免承認通知書	 9
参考 2	令和 7 年度介護保険料決定通知書兼納入通知書	 10
参考 3	令和 7 年度介護保険料賦課状況確認書	 11
参考 4	令和 7 年度市民税課税状況の確認票	 12
参考 5	生活保護受給証明書	 13
参考 6	支援給付受給証明書	 14
参考 7	自己負担金減免の手続きについて	 15～18
参考 8	予防接種対象者確認書	 19
参考 9	身体障害者手帳による対象者確認	 20～21
参考 10	予診票記入例	 22
参考 11	高松市予防接種実施報告書記入例	 23
参考 12	定期予防接種対象者・自己負担金減免フローチャート	 24

お問合せ先

〒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

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。）

(注) 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 実施方法

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/ビクトリア/4897/2022 (IVR-238) (H1N1) A/パース/722/2024 (IVR-262) (H3N2) B型株 B/オーストリア/1359417/2021 (BVR-26) (ビクトリア系統)	1価の JN.1、KP.2 若しくは LP.8.1 に対する抗原又は令和7年5月現在流行している JN.1 系統変異株に対して、広汎かつ頑健な中和抗体応答又は有効性が示された抗原を含むもの

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

3 実施期間

令和7年10月1日（水）から 令和8年3月31日（火）までの間

4 接種費用の自己負担

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	1,400円
コロナワクチン	4,600円 (参考：R6年度は2,100円)

(1) 自己負担金免除対象者について

- 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を受けている者
- ③令和7年度市民税が非課税の世帯に属する者

(2) 自己負担金免除対象者であることを確認する証明書類一覧

各証明書は、被接種者1人につきいずれか1枚必要です。

- ①自己負担金減免承認通知書 ⇒ 参考1
- ②令和7年度介護保険料決定通知書兼納入通知書(写し) ⇒ 参考2
- ③令和7年度介護保険料賦課状況確認書(写し) ⇒ 参考3
- ④令和7年度市民税課税状況の確認票(写し) ⇒ 参考4
- ⑤生活保護受給証明書 ⇒ 参考5
- ⑥支援給付受給証明書 ⇒ 参考6

※自己負担金免除の制度は、昨年度からの変更はありません。

※転入等により令和7年度の市民税課税状況が確認できない者(令和7年1月1日現在、高松市に住民票のない者)は、**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。**

※『自己負担金減免等申請書(参考7)』については、『自己負担金減免承認通知書(参考1)』の発行申請書類であり、**自己負担金減免対象者であることを証明する書類ではありません。**

対象者が医療機関窓口へ記入して持参した場合、感染症対策課へ提出するよう御案内ください。(申請には対象者の本人確認書類が必要になります。)

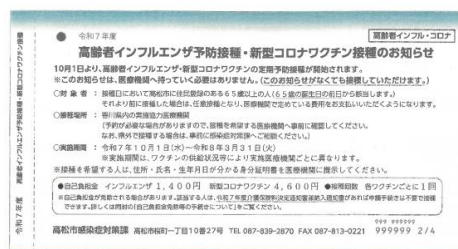
5 対象者への通知方法

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7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36年4月1日以前に生まれた方(令和7年中に65歳以上になる方)

※このお知らせは、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。**



見本

6 ワクチンの取扱いについて

(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)のないことを確認**してください。また、ワクチンの保存等に関しては、ワクチン添付文書に添って取り扱ってください。

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8) 又は「身体障害者手帳の写し」(参考9)

(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)

☆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7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12)
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確認してください。

※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 予診票の各項目のチェック方法 ※予診票記入例(参考10)を参照

高松市に住民登録はありますか	高松市に住民登録がない場合、定期予防接種の対象となりません。接種前に、必ず確認をお願いします。
対象の年齢ですか	対象から外れている場合は任意接種となります。
体温は37.5℃未満ですか	体温は適切に測定してください。 37.5℃(腋窩温又はこれに相当するもの)以上を指す者は明らかな発熱者として接種を中止してください。 委託料の支払対象外です。(接種不可としての報告はできません。)
予防接種の効果や副反応についての事前確認をしましたか	被接種者が予防接種の効果、副反応、必要性を理解しているかを確認するための項目です。 医療機関(施設)で予防接種の説明書を接種前に読んでもらい、内容の理解ができているかを確認してください。
既往歴、現病歴を確認しましたか	病気の種類を知り、接種についての対応を決める項目です。 継続して治療を受けている場合は、原則としてかかりつけ医が判断して接種してください。 病気の内容によっては、かかりつけ医が専門医・予防接種センター等を紹介し、接種可能と判断された場合は本人の十分な理解と同意の上で、かかりつけ医以外の専門医若しくは予防接種センターなどで接種することができます。
最近1か月の状態を確認しましたか	1か月以内に重篤な急性疾患に罹患していた場合は、その状況を把握して、接種の可否を判断してください。
当日の体の具合を確認しましたか	どのように具合が悪いかを記入してもらってください。 病気の種類により、医師の判断で接種の可否を判断してください。

医師記入欄に不備はありませんか	医師は記入後の予診票を確認し、必要に応じて追加質問してください。さらに診察した上で、接種の可否に関する診断を行い、被接種者に説明してください。 <u>医師のサイン欄は、医師の直筆で行ってください。</u> なお、 <u>ゴム印で記名した場合は、医師の押印が必要です。</u>
使用ワクチン名の記入はありますか	ロットシールの貼付又はロット No. を記入してください。
(実施場所) 接種医療機関・医師名	直筆またはゴム印（押印不要）で記入してください。 ゴム印の場合、接種年月日が隠れないように押してください。
接種希望書に署名はありますか	予診の結果、医師が接種可能と判断した場合は、被接種者の接種希望を確認後、被接種者本人に署名してもらってください。 【◆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。 <u>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。</u> 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。 【◆予防接種対象者が自署できない場合】 代筆による対応も可能です。 その際、 <u>代筆者が ①「本人のサイン」欄に被接種者名を署名し、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。</u> 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に代筆をしていただくことは可能です。 なお、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 か所記入

【接種不可（見合わせ）の場合】

記入する箇所

- ・被接種者の署名（代筆の場合、代筆者氏名と続柄も必要）
- ※個人情報を記入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。
- ・医師記入欄（見合わせるに☑）
- ・医師のサイン（ゴム印等で記名した場合は医師の押印も必要）
- ・見合わせ年月日
- ・予診票下部の（実施場所）接種医療機関・医師名欄

記入しない箇所

- ・使用ワクチン欄（空欄のまま提出）

※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。

10 接種済の記録について

接種後は、「高松市予防接種済票」（別紙）に必要な事項を記入し、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7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）予防接種実施報告書は、1か月分をまとめて翌月10日（土日祝日の場合はその翌平日）必着で高松市保健所 感染症対策課へ御提出ください。

【お願い】

●FAX 番号の送信先間違いが多発しています。

送信前に今一度番号の御確認をお願いします。（FAX 番号：087-813-0221）

●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。

※令和8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。

（４）令和7年度実施分の最終報告日は、令和8年4月10日（金）となります。

この提出期限を過ぎて報告書類の提出を行った場合、委託料のお支払いができない又は別途手続きが生じることがありますので御注意ください。

12 報告に必要なもの

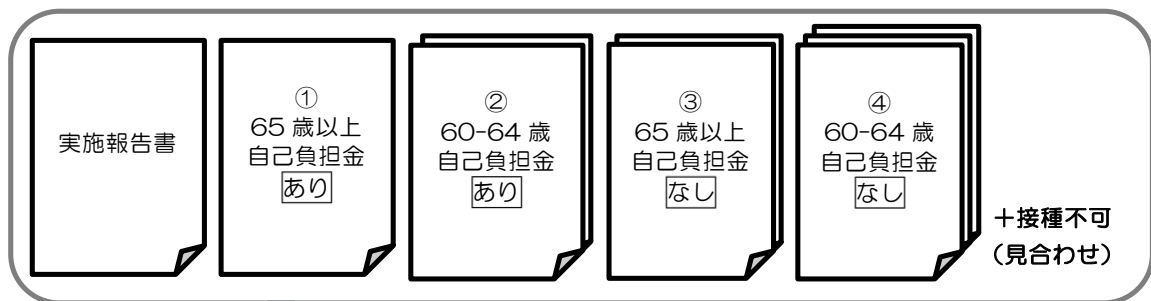
（１）予防接種実施報告書（別紙）

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。

※報告時の注意点は、（参考11）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。



翌月10日保健所必着

※提出が間に合わない場合は、発送前に御相談ください

- ※自己負担金減免の場合は、証明書（参考１～６いずれか１つ）を添付してください。
- ※６０～６４歳の該当者は、「予防接種対象者確認書」（参考８）又は「身体障害者手帳１～４面の写し」（参考９）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７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・主要症状について確実に把握し、詳細に記録してください。
- また、接種部位の変化（発赤・腫脹及び化膿等）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 予診票について

＜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６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。

インフルエンザの予診票のみ、令和６年度の様式もお使いいただけます。
(新型コロナは自己負担金額が変更になっているため、使えません。)

＜令和７年度に配布した予診票が余った場合＞

令和７年度に配布した様式は、来年度もお使いいただける様式となっていますので、破棄せず医療機関にて保管いただくか、感染症対策課に返却をお願いします。

16 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、直ちに被接種者に間違いがあったことについて謝罪するとともに、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。

17 令和7年度委託料単価について

単位:被接種者1人1回当たり

A 類			
予防接種名		接種	接種不可
		ワクチン代 含まない	診察後、治療 しなかった場合
ヒブ		3,600円	2,980円
小児用 肺炎球菌		3,600円	2,980円
B型肝炎		4,040円	2,980円
五種混合		3,600円	2,980円
四種混合		3,600円	2,980円
三種混合		3,600円	2,980円
不活化ポリオ		3,600円	2,980円
BCG		5,470円	4,960円
麻しん 風しん	1期	5,570円	4,960円
	2期	4,270円	3,660円
水痘		5,570円	4,960円
日本 脳炎	1期 (7歳6ヵ月未満)	3,610円	2,980円
	2期 特例1期・2期 (7歳6ヵ月以上)	3,520円	2,910円
二種混合 (2期)		3,520円	2,910円
子宮頸がん		3,520円	2,910円
ロタ		5,070円	4,960円

B 類			
予防接種名		接種	接種不可
		ワクチン代 含む	診察後、治療 しなかった場合
成人用 肺炎球菌	自己負担(有)	5,700円	2,910円
	自己負担(無)	8,100円	2,910円
高齢者 インフル エンザ	自己負担(有)	3,520円	2,910円
	自己負担(無)	4,920円	2,910円
新型コロナ	自己負担(有)	11,000円	2,910円
	自己負担(無)	15,600円	2,910円
带状疱疹 生ワクチン	自己負担(有)	6,260円	2,910円
	自己負担(無)	8,860円	2,910円
带状疱疹 組換え ワクチン	自己負担(有)	15,460円	2,910円
	自己負担(無)	22,060円	2,910円
	自己負担(有) (非課税世帯)	18,060円	2,910円

※金額に変更があれば、改めて通知します。

参考 1

令和 年 月 日

760-0000

高松市●●町●番●号

高松 太郎 様

高松市長 大西 秀人

電子公印

高齢者予防接種自己負担金減免承認通知書

令和 年 月 日付けで申請のあった高齢者予防接種自己負担金減免申請については、審査の結果、減免を承認しますので、高松市定期予防接種（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。

1 免除対象者氏名・生年月日	高松 太郎 ●年 ●月 ●日生
2 免除する年度	令和7年度

ワクチン種類	自己負担額（接種1回あたり）	接種回数
インフルエンザ	0円	1回
新型コロナ	0円	1回

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。

接種日時点で定期接種の対象でなければ無効です。

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

※ この書類は、自己負担金減免の申請（参考7）を行うことで
感染症対策課で発行できる書類です。

参考2

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

高松市役所
高松

納付義務者住所・氏名

※ 1

令和7年度 介護保険料 決定通知書 兼 納入通知書

介

令和7年7月9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

高松市桜町1丁目9番12号
高松 太郎 様

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。

通知書番号

被保険者氏名
被保険者番号

※ 2

賦課の根拠

世帯	本人	基準判定所得	保険料段階
			第2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

合計額 円

※基準判定所得は、本人「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
		円	円
		円	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。)

合計欄は100円未満の端数は切り捨てています。

確認のポイント

- ※1 令和7年度の決定通知であること
 ※2 賦課の根拠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2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、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。

※ 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。

参考 3

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 7 年●月●日

高松 太郎 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)

※ 1

令和 7 年度 (令和 7 年度賦課分)

被保険者番号	012345678	被保険者氏名	高松 太郎
--------	-----------	--------	-------

賦課の根拠

世帯	本人	合計所得 年金収入	保険料段階
非課税	非課税	●●円	第 3 段階

※ 2

年間保険料	円
仮徴収額	円
差引保険料	円

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			
⋮			
計			

確認のポイント

- ※ 1 令和 7 年度の賦課状況確認書であること
- ※ 2 賦課の根拠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、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

※ この書類は、介護保険料決定通知書（参考 3）を紛失した方が、
介護保険料を確認するために介護保険課で申請することで発行できる書類です。

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7年度 市民税 課税状況の確認票				
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。 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 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

参考5

見 本

高福生証明 ●●●●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	令和●年●月●日	
以 下 余 白			

保護の種類

生活扶助・住宅扶助・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。

使 用 目 的

●●●●接種費用免除のため

令和●年●月●日

宛 先

高松市感染症対策課長

高松市福祉事務所長

公 印
印 影

参考6

見 本

高福生第 ●●●●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	
以 下 余 白			

支援給付の種類

900010

生活支援給付・住宅支援給付・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及び永住帰国後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

●●●●接種費用免除のため

令和●年●月●日

高松市福祉事務所長

公 印
印 影

自己負担金減免の手続きについて

1
枚
目

対象者の方は、証明書等を医療機関等に提出すれば成人用肺炎球菌・带状疱疹・高齢者インフルエンザ予防接種、新型コロナワクチンを自己負担金減免で受けられます。

対象者

- ☐ 令和7年度市民税非課税世帯に属する方
- ☐ 生活保護法による保護を受けている方
- ☐ 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る支援給付を受けている方

予防接種の種類ごとに1枚必要です。
必要な枚数のコピーをご準備ください。

証明書等の種類

次の1～4のいずれか1点で自己負担金の減免が受けられます。

※带状疱疹予防接種については、市民税非課税世帯の方と生活保護等を受けている方の免除額が異なりますので、生活保護等を受けている方は、1又は4の証明書等をご準備ください。

No.		申請場所	申請方法	詳細
1	自己負担金 減免 承認通知書	・健康づくり推進課 ・仏生山保健センター ・各保健ステーション ・感染症対策課	同封の「自己負担金減免申請書」に記入し、郵送又は窓口で申請 ※「自己負担金減免承認通知書」が交付された場合は、自己負担金は減免されません。	P2 へ
2	令和7年度 市民税 課税状況の 確認票	・市民税課 (市役所2階15番窓口) ・各総合センター ・支所、出張所	窓口で「令和7年度市民税課税状況の確認票」に記入し申請(該当者のみ) ※令和7年1月1日時点で高松市に在住していない方は、この確認票を発行できない場合があります。	P3 へ
3	令和7年度 介護保険料 決定通知書 兼 納入通知書 (写し)	—	65歳以上の該当する方は、コピーだけで手続不要 65歳以上の方に7月中に郵送される「令和7年度介護保険料決定通知書兼納入通知書」の令和7年度賦課分の「賦課の根拠」の「保険料段階」に、第1～第3段階のいずれかの印字されたもののコピー ※再発行されませんので、届き次第該当するか確認し、大切に保管してください。	P3 へ
4	生活保護 受給証明書・ 支援給付 受給証明書	生活福祉第一・第二課 (市役所2階21番窓口)	生活福祉第一・第二課の窓口で申請	—

成人用肺炎球菌の予診票を送付した年度の翌年度に接種する場合は、次の点にご注意ください。

- ①令和7年度は令和8年度に、令和7年1月1日は令和8年1月1日に読み替えてください。
- ②自己負担金免除対象者が4月から6月に接種した場合、接種時に自己負担金を支払い7月以降に払い戻しの手続きが必要になる場合があります。

1 自己負担金減免承認通知書

【申請方法】

郵
送

必要書類をそろえて、下記まで郵送してください。

必要書類の②、③は必ずコピーをつけてください。

※通知書の交付には1週間程度かかります。

※書類に不備があった場合は、窓口に来所していただく場合があります。

〒760-0074

高松市桜町一丁目10番27号 高松市感染症対策課

窓
口

必要書類をそろえて、下記のいずれかの窓口へ持参してください。

※窓口での申請は、お待ちいただく場合があります。

- ・健康づくり推進課 …………… (高松市保健センター1階)
- ・仏生山保健センター …………… (ふらっと仏生山1階)
- ・各保健ステーション …………… (山田・勝賀・香川・牟礼・国分寺)
- ・感染症対策課 …………… (高松市保健所2階)

記入見本

成人用肺炎球菌・帯状疱疹・高齢者インフルエンザ・新型コロナワクチン等 自己負担金減免申請書

申請年月日 令和 7 年 〇 月 〇 日

1 自己負担金減免申請者(委任者) ※ボールペンで太字の中をご記入ください。

姓 名 高松市 桜町一丁目〇番〇号

〒 〇〇〇-〇〇〇〇

電話 〇〇-〇〇〇〇

生年月日 〇〇 年 〇 月 〇 日 性別 〇 (男) 〇 (女)

2 自己負担金減免申請者(委任者本人) 氏 名:

姓 名 〇〇 〇〇

〒 〇〇〇-〇〇〇〇

電話 〇〇-〇〇〇〇

3 減免等該当区分

① 申請者本人が、令和7年度の住民税が非課税である方に該当する方 (申請者本人が、令和7年度の住民税が非課税である方に該当する方)

② 申請者本人が、令和7年度の住民税が非課税である方に該当する方 (申請者本人が、令和7年度の住民税が非課税である方に該当する方)

③ 申請者本人が、令和7年度の住民税が非課税である方に該当する方 (申請者本人が、令和7年度の住民税が非課税である方に該当する方)

4 同一世帯に居住する方

氏 名	生 年 月 日	申請者との関係
① 桜町 花子	〇〇 年 〇 月 〇 日	妻
②	〇〇 年 〇 月 〇 日	
③	〇〇 年 〇 月 〇 日	
④	〇〇 年 〇 月 〇 日	
⑤	〇〇 年 〇 月 〇 日	
⑥	〇〇 年 〇 月 〇 日	

申請者本人が、令和7年度の住民税が非課税である方に該当する方 (申請者本人が、令和7年度の住民税が非課税である方に該当する方)

申請者本人が、令和7年度の住民税が非課税である方に該当する方 (申請者本人が、令和7年度の住民税が非課税である方に該当する方)

申請者本人が、令和7年度の住民税が非課税である方に該当する方 (申請者本人が、令和7年度の住民税が非課税である方に該当する方)

【必要書類】

① 成人用肺炎球菌・帯状疱疹・高齢者インフルエンザ・新型コロナワクチン等 自己負担金減免申請書(別紙)

申請書は、受診者毎に1枚必要です。

② 窓口に来た人の本人確認書類 ※「写真付」若しくは「写真なし」の書類のどちらか

写真付 右記から1点 ▶ ☐ マイナンバーカード ☐ 運転免許証 ☐ パスポート など

写真なし 右記から2点 ▶ ☐ 健康保険証 ☐ 年金手帳 ☐ 住民票の写し ☐ マイナンバー通知カード など

③ 代理権の確認書類

法定代理人の場合 ▶ ☐ 登記事項証明書 など

任意代理人の場合 ▶ ☐ 委任状(申請書の委任欄に申請者の署名等)

※令和7年1月1日に高松市に住所のない方は、前住所地等で発行した令和7年度市民税の非課税証明書が必要となる場合があります。

※高齢者インフルエンザ予防接種等の自己負担金減免申請については、令和7年1月1日に高松市に住所のない方でもマイナンバー(個人番号)の記載欄がある申請書を提出することで、課税状況を確認しますので、高松市感染症対策課までお問い合わせください。

お問い合わせ先
(平日 8:30~17:00)

高齢者インフルエンザ
予防接種等について

がん検診等について

高松市感染症対策課 予防接種係
TEL(087)839-2870 FAX(087)813-0221
〒760-0074 高松市桜町一丁目10番27号(高松市保健所2階)

高松市健康づくり推進課 成人保健係
TEL(087)839-2363 FAX(087)839-2367
〒760-0074 高松市桜町一丁目9番12号(高松市保健センター1階)

2枚目

[illegible]

申請不要

[illegible]

(宛先) 高松市長

成人用肺炎球菌・带状疱疹・高齢者インフルエンザ予防接種、新型コロナワクチン等接種の自己負担金減免の適用を受けたいので、申請します。なお、申請に当たり、公簿等により私の氏名・住所・生年月日・性別・年齢・電話番号等の記載が正しいことを承諾します。また、私の生活保護又は支援給付の受給の有無に

タイトルに「がん検診」と記載されている場合もあります

1 自己負担金減免申請者(委任者)

住 所	高松市		
フリガナ			
氏 名			
生年月日	明・大・昭・平 西暦	年 月 日生 () 歳	性 別 ☐ 男 ☐ 女
委 任 欄	私は、下記の代理人(受任者)に、定期予防接種等の自己負担金減免申請手続きを委任します。 自己負担金減免申請者(委任者本人) 氏 名: _____		
代理人(受任者)	住 所	フリガナ	電話番号 () -
	氏 名	生年月日	申請者との関係
	明・大・昭・平 西暦	年 月 日生	郵便で受付した場合の返送先 ☐ 代理人 返送をご希望の場合は☑をしてください。

① 申請に際しては、本人確認書類を提示してください。

② 代理人が申請書を提出する場合は、代理人の本人確認書類を提示してください。また、上記の委任欄に必ず申請者(委任者本人)の署名等を記入してください。

2 自己負担金減免承認通知書等を必要とする予防接種等の種類

※該当するものに☑をしてください。	☐ 成人用肺炎球菌	☐ 带状疱疹	☐ 高齢者インフルエンザ 新型コロナウイルス	☐ その他 ()
-------------------	----------------------------------	-------------------------------	--	----------------------------------

3 減免等該当区分

※該当する区分に☑をしてください。	☐ 令和7年度の市民税が非課税である	☐ 生活保護法による保護を受けている	☐ 中国残留邦人等の円滑な帰国の促進等のため、長期滞日者の自立の支援に関する法律等に基づき、生活保護法による保護を受けている
-------------------	---	---	---

「がん検診」と記載されている場合もあります

4 同一世帯に属する方

自 己 負 担 金 減 免 申 請 者 と 同 一 世 帯 の 方	氏 名	明・大・昭・平 西暦	年 月 日	続柄
	①	明・大・昭・平 西暦	年 月 日	
	②	明・大・昭・平 西暦	年 月 日	
	③	明・大・昭・平 西暦	年 月 日	
	④	明・大・昭・平 西暦	年 月 日	
	⑤	明・大・昭・平 西暦	年 月 日	
	⑥	明・大・昭・平 西暦	年 月 日	

感 染 症 対 策 課 等 処 理 欄	申請受付方法	☐ 健推 窓口 ☐ 仏生山保セ・保ス() ☐ 保健所窓口 ☐ 郵送	受付日	令和 年 月 日	受付者	
	本人確認	☐ 本人申請	☐ 個人番号カード ☐ 身分証明書(写真付) ☐ 公的証明書2点(写真なし)			
		☐ 代理人申請	☐ 代理人の個人番号カード ☐ 代理人の身分証明(写真付) ☐ 代理人の公的証明書2点(写真なし)			
	代理権確認	法定 ☐ 登記事項証明書 ()	任意 ☐ 委任欄 ()			
	通知書交付方法	☐ 窓口 ☐ 郵送	交付日	令和 年 月 日	交付者	

※1月1日時点で市外に住民票があった方は使用できません。感染症対策課(087-839-2870)までお問い合わせください。

参考8

令和 年 月 日

760-0000

高松市●●市●●町12-34

高松 太郎 様

高松市長 大西 秀人

公印

定期予防接種対象者確認書

令和 年 月 日付けで申請のあった定期予防接種対象者確認申請については、審査の結果、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。

予防接種名の
印字は
ありません

※ 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。）

参考 9

身体障害者手帳による予防接種対象者の確認

- ＜対象者＞ ① 60～64歳 であり、
 ② 心臓機能障害 1級 または
 腎臓機能障害 1級 または
 呼吸器の機能障害 1級 または
 ヒト免疫不全ウイルスによる免疫の機能障害 1級

①及び②に該当する場合は、
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。

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%; border-collapse: collapse;"> <tr> <th style="text-align: center;">障 害 名</th> </tr> <tr> <td>〇〇〇〇〇 心臓機能障害 1 級</td> </tr> <tr><td> </td></tr> <tr><td> </td></tr> <tr><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 style="text-align: center;">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" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td rowspan="2" style="writing-mode: vertical-rl; text-align: center;">視 覚</td> <td style="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="writing-mode: vertical-rl; text-align: center;">聴 覚</td> <td style="text-align: center;">左</td> <td style="text-align: center;"> </td> <td style="text-align: center;">右</td> <td style="text-align: center;"> </td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;"> </td> <td style="text-align: center;"> </td> <td style="text-align: center;"> </td> <td style="text-align: center;"> </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 style="text-align: center;"> </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 令和〇年〇月〇日交付 氏名 _____ 生年月日 _____ 高松市印		<table border="1"> <thead> <tr> <th>障</th> <th>害</th> <th>名</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>〇〇〇〇〇</td> <td>疾病による</td> <td>1級</td> </tr> <tr><td> </td><td> </td><td> </td></tr> <tr><td> </td><td> </td><td> </td></tr> <tr><td> </td><td> </td><td> </td></tr> </tbody> </table>	障	害	名	〇〇〇〇〇	疾病による	1級									
障	害	名															
〇〇〇〇〇	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 令和〇年〇月〇日交付 氏名 _____ 生年月日 _____ 高松市印		<table border="1"> <thead> <tr> <th>障</th> <th>害</th> <th>名</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>〇〇〇〇〇</td> <td>体幹機能障害</td> <td>1級</td> </tr> <tr> <td>〇〇〇〇〇</td> <td>心臓機能障害</td> <td>3級</td> </tr> <tr><td> </td><td> </td><td> </td></tr> <tr><td> </td><td> </td><td> </td></tr> </tbody> </table>	障	害	名	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						
障	害	名															
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															

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+自己負担金免除書類で1セット)

予診票記入例

参考 10

新型コロナの
予診票も
同様です

医療機関 → 高松市感染症対策課へ提出用

高松市高齢者インフルエンザ予防接種予診票

注意 1 対象者：高松市に住民登録があり、(1)(2)いずれかに該当する人（転出した人は、この予診票は使用できません）

(1) 65 歳以上の人【65 歳の誕生日の前日から接種できます。】

(2) 60 歳以上 65 歳未満の方で、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 級を有する方
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 級を有する方

注意 2 自己負担金免除対象者の方は証明書を医療機関に提出してください

注意 3 公費助成を受けての接種は年度に 1 回のみとなります

住 所	高松市	
フリガナ		
受ける人の氏名	女	(満 歳)

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。)

住所は高松市ですか？
年齢は65歳以上の方ですか？

質 問 事 項		答 欄	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	
インフルエンザの予防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	はい いいえ		
①その際に具合が悪くなった	はい いいえ		
②インフルエンザ以外の予防	はい いいえ		
種類 (	)		
現在、何らかの病気にかかって、治療(投薬など)を受けていますか。	はい いいえ		
病名：□心臓病 □腎臓病 □肝臓病 □血液疾患 □免疫不全 □その他 ()			
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		
□その他 ()			
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。			
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。			
ニワトリの肉や卵などにアレルギーがありますか。			
今までに、インフルエンザの予防接種で接種後 2 日以内に発熱や全 疑う症状がありましたか。			
今日の予防接種について質問がありますか。	はい いいえ		
医師記入欄 以上の問診及び診察の結果、今日の予防接種は 【 □可能 ・ □見合わせる 】 と判断します。 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			
インフルエ			
医師の診察・説明を受け、予防接種の効果や目的、重篤な副反応の可能性、予 理解した上で、接種を希望します。 この予診票は、予防接種の安全性の確保を目的としています。このことを理解 ことに同意します。 (本人が自署できない場合、代筆者が①被接種者サイン、②代筆者サイン、③			
使用ワクチン名 (lot No.)	接種または見合わせ年 月 日		
(皮下接種)	(実施場所)		
使用ワクチンのロットシール貼付欄	接種医療機関・医師名		

◎ ボールペンで強く押して記入してください。

参考11

整理番号

令和 年 月 日

高松市内3医師会代表者理事長 殿

新型コロナの
実施報告書も
同様です

所在地

医療機関名

院長名

整理番号は、感染症対策課での処理に
使いますので変更しないでください。
(毎年番号を変更しています。)

押印がある場合は
FAXでの受付はできません

令和7年度 高松市高齢者インフルエンザ予防接種実施報告書

次のとおり、令和 年 月分インフルエンザ予防接種を実施しましたので、報告します。

区 分	被 接 種 者 数	
	65歳以上	60～64歳 (※確認書類添付)
自己負担金 徴収者		
自己負担金 免除者 (※確認書類添付)		
合 計		
接 種 不 可 (保険診療をしなかった場合)		人

添付書類は予診票の後に
ホッチキス止め

添付書類は予診票の後に
ホッチキス止め

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

●添付書類 ※ (2) 1枚目の原本のみ提出 にホッチキスでとめてください。

- (1) 予診票
- (2) 自己負担金免除者の場合はその確認書類
- (3) 60～64歳で、実施要領1-(2)に該当する者は、予防接種対象者確認書又は身体障害者手帳の写し

【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。

●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)

※当月の実績がない場合でも、原則10月から3月までの間は実施報告書と
FAXまたは郵送にて、0件報告の御提出をお願いします。

※当該年度において、インフルエンザ予防接種の受付を終了した場合、
に☑を入れ、御報告をお願いします。(その場合、翌月以降の報告は)

令和8年度の
参考のため残数を
御記入ください

【インフルエンザ予防接種実施終了報告】

- ☐ 当院での、予防接種の受付は 月 日で終了いたしました。
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)

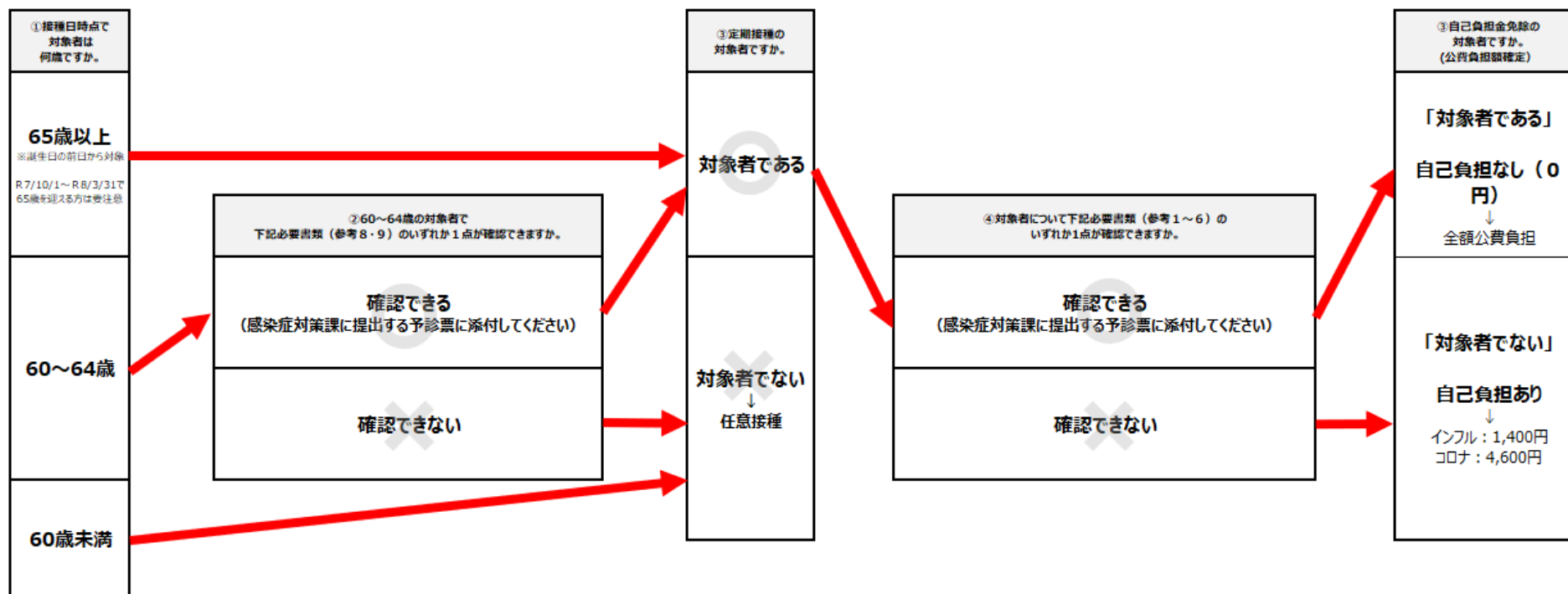
FAX番号を
今一度御確認
ください

【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

令和7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12



<60～65歳未満 必要書類早見表>

●対象者

1. 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. ヒト免疫不全ウイルスによる免疫の機能障害により身体障害者手帳1級を有する者

●必要書類

- (参考8) 予防接種対象者確認書
→申請書と本人確認書類の写しを感染症対策課へ提出し、発行。
- (参考9) 身体障害者手帳の写し（1～4面）
→障害の等級と疾病名を医療機関で確認してください。

<65歳以上 必要書類早見表（自己負担減免）>

●対象者

1. 令和7年度非課税世帯にある者
2. 生活保護受給者
3. 中国残留邦人等支援給付受給者

●必要書類

- (参考1) 令和7年度 自己負担金免除承認通知書
→申請書と本人確認書類の写しを感染症対策課へ提出し、発行。
- (参考2) 令和7年度 介護保険料決定通知書兼納入通知書の写し
→保険料段階が1～3段階の通知のみ有効
- (参考3) 令和7年度 介護保険料賦課状況確認書の写し
- (参考4) 令和7年度 市民税課税状況の確認書の写し
- (参考5) 生活保護受給証明書
- (参考6) 支援給付受給証明書

<自己負担金減免申請（参考1・7）の受付先>

- 窓口申請 → 感染症対策課、健康づくり推進課、各保健ステーション
郵送申請 → 感染症対策課のみ

<各種自己負担金減免書類の受付先>

- (参考4) 令和7年度市民税課税状況の確認票 → 市民税課、各総合センター、各支所、各出張所
(参考5) 生活保護受給証明書 → 生活福祉課

【特記事項】

- ※ 高松市に住民登録があるか、接種前に確認してください。
- ※ 自己負担金減免対象者であるか、接種前に確認してください。
- ※ 身体障害者手帳の等級の確認は特に注意してください。
- ※ 予診票の個別送付は行っておりません。
- ※ 公費で助成できる接種はインフル・コロナそれぞれ年度中に1回限りです。
2回目以降の接種は任意接種となり、公費助成の対象とはなりません。