

機能障がい の 程度（高齢者インフルエンザ予防接種と同様）

① 心臓機能障がい

- ア. 次のいずれか 2 つ以上の所見があり、かつ、安静時又は自己の身の日常生活活動でも心不全症状、狭心症症状又は繰越しアダムスストークス発作が起こるもの
- a 胸部エックス線写真所見で心胸比 0.60 以上のもの
 - b 心電図で陳旧性心筋梗塞所見があるもの
 - c 心電図で脚ブロック所見があるもの
 - d 心電図で完全房室ブロック所見があるもの
 - e 心電図で第 2 度以上の不完全房室ブロック所見があるもの
 - f 心電図で心房細動又は粗動所見があり、心拍数に対する脈拍数の欠損が 10 以上のもの
 - g 心電図で S T の低下が 0.2 mV 以上の所見があるもの
 - h 心電図で第 I 誘導、第 II 誘導及び胸部誘導（ただし V1 を除く）のいずれかの T が逆転した所見があるもの
- イ. 人工ペースメーカーを装着したもの又は人工弁移植、弁置換を行ったもの

② じん臓機能障がい

じん臓機能検査において、内因性クレアチニンクリアランス値が 10 ml/分未満、又は血清クレアチニン濃度が 8.0 mg/dl 以上であって、かつ、自己の身の日常生活活動が著しく制限されるか、又は血液浄化を目的とした治療を必要とするもの若しくは極めて近い将来に治療が必要となるもの

③ 呼吸器機能障がい

予測肺活量一秒率、動脈血ガス及び医師の臨床所見により、呼吸困難が強いため歩行がほとんどできないもの、呼吸障がいのため予測肺活量一秒率の測定ができないもの、予測肺活量一秒率が 20 以下のもの又は動脈血 O₂ 分圧が 50 Torr 以下のもの。

予測肺活量一秒率とは、一秒量（最大呼気位から最大努力下呼出の最初の一秒間の呼気量）の予測肺活量（性別、年齢、身長の場合で正常ならば当然であると予測される肺活量の値）に対する百分率である。

④ ヒト免疫不全ウイルスによる免疫の機能障がい

ヒト免疫不全ウイルスに感染していて、次のいずれかに該当するものをいう。

- ア. CD4 陽性 T リンパ球数が 200/μl 以下で、次の項目（a～l）のうち 6 項目以上が認められるもの
- a 白血球数について 3,000/μl 未満の状態が 4 週間以上の間隔をおいた検査において連続して 2 回以上続く。
 - b Hb 量について男性 12 g/dl 未満、女性 11 g/dl 未満の状態が 4 週間以上の間隔をおいた検査において連続して 2 回以上続く。
 - c 血小板数について 10 万/μl 未満の状態が 4 週間以上の間隔をおいた検査において連続して 2 回以上続く。
 - d ヒト免疫不全ウイルス - RNA 量について 5,000 コピー/ml 以上の状態が 4 週間以上の間隔をおいた検査において連続して 2 回以上続く。
 - e 1 日 1 時間以上の安静臥床を必要とするほどの強い倦怠感及び易疲労が月に 7 日以上ある。
 - f 健常時に比し 10% 以上の体重減少がある。
 - g 月に 7 日以上不定の発熱（38℃以上）が 2 か月以上続く。
 - h 1 日に 3 回以上の泥状ないし水様下痢が月の 7 日以上ある。
 - i 1 日に 2 回以上の嘔吐あるいは 30 分以上の嘔気が月に 7 日以上ある。
 - j 口腔内カンジダ症（頻回に繰り返すもの）、赤痢アメーバ症、带状疱疹、単純ヘルペスウイルス感染症（頻回に繰り返すもの）、糞線虫症及び伝染性軟属種等の日和見感染症の既往がある。
 - k 生鮮食品の摂取禁止等の日常生活活動上の制限が必要である。
 - l 軽作業を超える作業の回避が必要である。
- イ. 回復不可能なエイズ合併症のため介助なくしては日常生活がほとんど不可能な状態のもの

証明書確認項目欄の記入例

2024 年度福山市高齢者新型コロナウイルス感染症予防接種予診票			診察前の体温		度 分	
住 所	福山市		電話	(- -)		
名 前					男	女
生 年 月 日	明治・大正・昭和	年	月	日生	(満 歳)	
* 次の書類により市民であることを確認してください。①保険証・受給者証 ②マイナンバーカード ③免許証 ④その他公的書類 福山市内の医療機関において次のいずれかの書類を確認した場合は、確認した書類の番号を右欄に記入してください。 ① 市民税非課税世帯の「証明書(医療機関用)」 ② 介護保険料決定通知書(又は特別徴収額決定通知書)(所得段階が1～3段階に限る。) ③ 「後期高齢者医療限度額適用・標準負担額減額認定証」 ④ 中国残留邦人等の支援給付受給世帯の人で、写真付きの「本人確認証」(接種日時点で、有効であるもの) ⑤ 生活保護世帯の人で、「休日・夜間等受診票」(接種日時点で、有効であるもの)						
質 問 事 項			回 答 欄		医師記入欄	
今日の新型コロナウイルス感染症の予防接種について、医療機関に置いている説明書を読みましたか。			はい	いいえ		
今日の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		
現在、何か病気にかかっていますか。 病名()			はい	いいえ		
治療(投薬など)を受けていますか。			はい	いいえ		
その病気の主治医には、今日の予防接種を受けてよいと言われましたか。			はい	いいえ		
今日、体に具合の悪いところがありますか。 具合の悪い症状を書いてください。()			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、体の具合が悪くなったことがありますか。			はい	いいえ		
新型コロナウイルス感染症の予防接種を受けたことがありますか。			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 新型コロナウイルス感染症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		
ひきつけ(けいれん)を起こしたことがありますか。			はい	いいえ		
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		
心臓病、じん臓病、肝臓病、血液疾患などの慢性疾患にかかったことがありますか。 病名()			はい	いいえ		
その病気を診てもらっている医師に、今日の予防接種を受けてよ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。 病名()			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 (可能 ・ 見合わせる) * どちらかを○で囲む。 本人に対して、予防接種の効果や目的、副反応及び予防接種健康被害救済制度について、説明した。 医師署名又は記名押印 _____ 印					
該当する場合に ☒ □60 歳以上 65 歳未満で一定の心臓、じん臓若しくは呼吸器の機能又はヒト免疫不全ウイルスによる免疫機能障がいがある者である。						
新型コロナウイルス感染症予防接種希望書 (医師の診察の結果、接種が可能と判断された後に記入してください。) 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などについて理解した上で、接種を希望しますか。 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。 このことを理解の上、この予診票が福山市に提出されることに同意します。 ※本人が署名できない場合は、家族等の代筆者が本人の意思を確認し、本人の意思に反する事なく、本人署名欄に本人の名前を代筆記名し、右欄に代筆者の名前及び本人との続柄を記載してください。						
接種を (希望します ・ 希望しません) * どちらかを○で囲む。			本人署名			
※必須 (代理人による代筆記名の場合も含む。)			代筆者名前		続柄	
ワクチン名・ロット番号	接 種 量	実施医療機関名・医師名・接種年月日				
ワクチン名 Lot No. ※シール貼付可 有効期限を確認	筋肉内接種 m l	実施医療機関名 医 師 名 接種年月日	年 月 日			

被接種者より、次のいずれかの書類の提示、又は確認ができた場合は、「番号記入欄」に該当の番号を記入してください。

・市民税非課税の「証明書(医療機関用)」
...①を記入

・「介護保険料決定通知書」、又は「特別徴収額決定通知書」
...②を記入

・「後期高齢者医療限度額適用・標準負担額減額認定証」
...③を記入

・中国残留邦人等の支援給付受給者に係る、写真付きの「本人確認証」
...④を記入

・生活保護受給者に係る、「休日・夜間等受診票」
...⑤を記入

※証明書の年度及び有効期限の確認をお願いします。

●各証明書(原本又はコピー)を保健予防課へ提出する必要はありません。「番号記入欄」への記入を確実にお願いします。

●原本は被接種者へ返却してください。高齢者新型コロナウイルス感染症予防接種時に取得した証明書を、高齢者インフルエンザ又は肺炎球菌予防接種に再度利用していただくことができます。
※肺炎球菌の予防接種については、接種対象年齢(原則65歳)にご注意ください。

予診票記入例（対象者本人が署名する場合）

2024 年度福山市高齢者新型コロナウイルス感染症予防接種予診票		診察前の体温	度	分
住 所	福山市	電話	(-)	
名 前		男 ・ 女		
生 年 月 日	明治・大正・昭和	年	月	日生 (満 歳)
※次の書類により市民であることを確認してください。①保険証・受給者証 ②マイナンバーカード ③免許証 ④その他公的書類 福山市内の医療機関において次のいずれかの書類を確認した場合は、確認した書類の番号を右欄に記入してください。				
① 市民税非課税世帯の「証明書(医療機関用)」 ② 介護保険料決定通知書(又は特別徴収額決定通知書)(所得段階が1～3段階に限る。) ③ 「後期高齢者医療限度額適用・標準負担額減額認定証」 ④ 中国残留邦人等の支援給付受給世帯の人で、写真付きの「本人確認証」(接種日時時点で、有効であるもの) ⑤ 生活保護世帯の人で、「休日・夜間等受診票」(接種日時時点で、有効であるもの)				
番号記入欄				
質問事項		回答欄		医師記入欄
今日の新型コロナウイルス感染症の予防接種について、医療機関に置いている説明書を読みましたか。		はい	いいえ	
今日の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	
現在、何か病気にかかっていますか。病名()		はい	いいえ	
治療(投薬など)を受けていますか。		はい	いいえ	
その病気の主治医には、今日の予防接種を受けてよいと言われましたか。		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	
具合の悪い症状を書いてください。()		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、体の具合が悪くなったことがありますか。		はい	いいえ	
新型コロナウイルス感染症の予防接種を受けたことがありますか。		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 新型コロナウイルス感染症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	
ひきつけ(けいれん)を起こしたことがありますか。		はい	いいえ	
1か月以内に予防接種を受けましたか。		はい	いいえ	
予防接種の種類()		はい	いいえ	
心臓病、じん臓病、肝臓病、血液疾患などの慢性疾患にかかったことがありますか。病名()		はい	いいえ	
その病気を診てもらっている医師に、今日の予防接種を受けてよ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。病名()		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() (可能・見合わせる) どちらかを○で囲む。 本人に対して、予防接種の効果や目的、副反応及び予防接種健康被害救済制度について説明した。 医師署名又は記名押印			
該当する場合に	☒ 60歳以上65歳未満で一定の心臓、じん臓若しくは呼吸器の機能又はヒト免疫不全ウイルスによる免疫機能障がいがある者である。			
新型コロナウイルス感染症予防接種希望書(医師の診察の結果、接種が可能と判断された後に記入してください。)				
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などについて理解した上で、接種を希望しますか。		接種を() 希望します・希望しません () *どちらかを○で囲む。		
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。このことを理解の上、この予診票が福山市に提出されることに同意します。		本人署名 ※必須(代理人による代筆記名の場合も含む)		
※本人が署名できない場合は、家族等の代筆者が本人の意思を確認し、本人の意思に反する事なく、本人署名欄に本人の名前を代筆記名し、右欄に代筆者の名前及び本人との続柄を記載してください。		代筆者名前 続柄		
ワクチン名・ロット番号	接種量	実施医療機関名・医師名・接種年月日		
ワクチン名	筋肉内接種	実施医療機関名		
Lot No.	m l	医 師 名		
※シール貼付可 有効期限を確認		接種年月日 年 月 日		

※ この予診票は、福山市保健所が所管する。

保予-2024.8.1

接種時の体温を記入

接種時に対象者が記入

問診の結果、医師が接種可能と判断した場合、「可能」を○で囲む。

医師の署名(直筆)又は記名ゴム印+朱印

対象者が該当する方を○で囲む。

対象者が署名(直筆)

接種後に医療機関で記入。なお、ワクチン名・Lot No.については、シールの貼付可

予診票記入例（代筆者が記名する場合）

2024 年度福山市高齢者新型コロナウイルス感染症予防接種予診票		診察前の体温	度	分
住 所	福山市	電話	(-)	
名 前		男	女	
生 年 月 日	明治・大正・昭和	年	月	日生 (満 歳)
※次の書類により市民であることを確認してください。①保険証・受給者証 ②マイナンバーカード ③免許証 ④その他公的書類 福山市内の医療機関において次のいずれかの書類を確認した場合は、確認した書類の番号を右欄に記入してください。				
① 市民税非課税世帯の「証明書（医療機関用）」 ② 介護保険料決定通知書（又は特別徴収額決定通知書）（所得段階が1～3段階に限る。） ③ 「後期高齢者医療限度額適用・標準負担額減額認定証」 ④ 中国残留邦人等の支援助給付受給世帯の人で、写真付きの「本人確認証」（接種日時時点で、有効であるもの） ⑤ 生活保護世帯の人で、「休日・夜間等受診票」（接種日時時点で、有効であるもの）				
問 答 事 項		回 答 欄		医師記入欄
今日の新型コロナウイルス感染症の予防接種について、医療機関に置いてある説明書を読みましたか。		はい	いいえ	
今日の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	
現在、何か病気にかかっていますか。病名（治療（投薬など）を受けていますか。		はい	いいえ	
その病気の主治医には、今日の予防接種を受けてよいと言われましたか。		はい	いいえ	
今日、体に具合の悪いところがありますか。具合の悪い症状を書いてください。（		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、体の具合が悪くなったことがありますか。		はい	いいえ	
新型コロナウイルス感染症の予防接種を受けたことがありますか。		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 新型コロナウイルス感染症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	
ひきつけ（けいれん）を起こしたことがありますか。		はい	いいえ	
1か月以内に予防接種を受けましたか。		はい	いいえ	
予防接種の種類（		はい	いいえ	
心臓病、じん臓病、肝臓病、血液疾患などの慢性疾患にかかったことがありますか。病名（		はい	いいえ	
その病気を診てもらっている医師に、今日の予防接種を受けてよ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。病名（		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（可能・見合わせる）どちらかを○で囲む。 本人に対して、予防接種の効果や目的、副反応及び予防接種健康被害救済制度について説明した。 医師署名又は記名押印			
該当する場合に	☐ 60歳以上65歳未満で一定の心臓、じん臓若しくは呼吸器の機能又はヒト免疫不全ウイルスによる免疫機能障がいがある者である。			
新型コロナウイルス感染症予防接種希望書（医師の診察の結果、接種が可能と判断された後に記入してください。）				
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などについて理解した上で、接種を希望しますか。		接種を（希望します・希望しません） ＊どちらかを○で囲む。		
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。このことを理解の上、この予診票が福山市に提出されることに同意します。		本人署名		
※本人が署名できない場合は、家族等の代筆者が本人の意思を確認し、本人の意思に反する事なく、本人署名欄に本人の名前を代筆記名し、右欄に代筆者の名前及び本人との続柄を記載してください。		※必須（代理人による代筆記名の場合も含む。） 代筆者名前 続柄		
ワクチン名・ロット番号	接種量	実施医療機関名・医師名・接種年月日		
ワクチン名 Lot No.	筋肉内接種 m l	実施医療機関名 医 師 名	接種年月日 年 月 日	
シール貼付可 有効期限を確認		接種年月日 年 月 日		

※ この予診票は、福山市保健予防課で保管します。 保予-2024.8.1

接種時の体温を記入

接種時に代筆者が対象者の情報・状態を記入

問診の結果、医師が接種可能と判断した場合、「可能」を○で囲む。

医師の署名（直筆）又は記名ゴム印＋朱印

代筆者が対象者の意思を確認し、該当する方を○で囲む。

代筆者が対象者の名前を記入

代筆者が代筆者自身の名前を記入。また、対象者からみた代筆者の続柄を記入

接種後に医療機関で記入。
なお、ワクチン名・Lot No.については、シールの貼付可

証明書(医療機関用)

住 所
名 前

取得日によっては、次の枠内に「新型コロナウイルス感染症」の記載がない証明書を持参される場合がありますが、「2024年度（令和6年度）市民税が非課税」の記載があれば、有効な証明書として取り扱ってください。

上記の者の世帯は、2024年度（令和6年度）市民税が非課税です。

※この証明書は、上記の者が健康診査、高齢者インフルエンザ・新型コロナウイルス感染症・肺炎球菌予防接種を受ける際に使用するものです。

※健康診査及び高齢者肺炎球菌予防接種の場合、この証明書の有効期限は2025年（令和7年）5月31日です。

上記のとおり相違ないことを証明します。

2024年（令和6年） 月 日

福山市長 枝広 直幹

後期高齢者医療限度額適用・標準負担額減額認定証			
交付年月日 _____			
被保険者番号			
被 保 険 者	住 所		
	氏 名		
	生年月日		
発 効 期 日			
有 効 期 限			
適 用 区 分			
長 期 入 院 該 当 年 月 日		保 険 者 印	
保 険 者 番 号 並 び に 保 険 者 の 名 称 及 び 印		広島県後期高齢者医療広域連合 	

- マイナンバーカードを用いたオンライン資格確認により、「後期高齢者医療限度額適用・標準負担額認定証」の適用状況が確認できる場合には、原本の提示を求める必要はありません。

【 見本 】

介護保険料のお知らせ(介護保険料決定通知 兼 納入通知書 兼 特別徴収開始通知書)

720-8501
福山市
東桜町3番5号

年() 年() 月() 日()

通知書番号 0123456789

あなたの介護保険料を、次のとおり決定しましたので、お知らせします。

**接種する月の所得段階が「01～03」
(生活保護を受けている人又は世帯全員が
市民税非課税の人)の場合、個人負担
金が免除になります。**

年度をご確認ください。

1 保険料の算定方法

月	4月	5月	6月	7月	8月	9月	10月	11月	12月	1月	2月	3月
所得段階	01	01	01	01	01	01	01	01	01	01	01	01

※保険料は、 $\frac{\text{所得段階別保険料} \times \text{所得段階}}{12}$ で算出されます(100円未満は切り捨て)。

合計所得金額(円)※		世帯の市民税課税状況	
公的年金収入と他の所得の合計(円)※		生活保護	
本人の市民税課税状況		高齢福祉年金	

年度() 年度) 保険料額

年間保険料 **31,700** 円

2 期別保険料

普通徴収の納期限(口座振替の場合は口座振替日)は、納付月の月末(12月は25日)(月末が土・日・祝日の場合は、金融機関の翌営業日)となります。

月	保 険 料 (円)	
	普 通 徴 収	特 別 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		
合計額(円)		

翌年度4月・6月の特別徴収額

年金支給月	特別徴収額(円)
4月	
6月	

3 保険料納付方法等

これからの保険料納付方法等

保険料徴収方法	
特別徴収義務者	
特別徴収対象年金	

※特別徴収の欄に保険料の記載がある場合は、公的年金からの特別徴収となります。(介護保険法第135条)

普通徴収の場合の振替口座

金融機関名	
支店名	
種 目	
口座番号	
口座名義人	

裏面も御覧ください▶▶▶

本人確認証		福生福第 号	
名前	前	写真 (3cm×2.5cm)	福生福第 号
生年月日	昭和 年 月 日		
性別			
住所	広島県福山市		
上記の者については、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（平成6年法律第30号）に基づく支援給付の支給決定されていることを証明する。			
発行日	年 () 月 日	福山市長	
この確認証の有効期間は、年 () 年 () 月 日 から 年 () 年 () 月 日までとする。			

有効期間をご確認ください。

(注意)

(1) この確認証は、他人に貸与し、又は譲渡することはできません。

(2) この確認証を紛失したときは、直ちに発行者に届け出て下さい。

(3) この確認証は、次の場合は直ちに発行者に返納してください。

①御本人が支援給付を受けなくなったとき。

②確認証の記載事項に変更があったとき。

③確認証の有効期間が満了したとき。

④確認証が使用に耐えなくなったとき。

⑤確認証が再交付された後、紛失した確認証を発見したとき。

(4) 医療機関で受診する際には、この確認証を窓口に提示して下さい。

90010

代筆について

- 1 接種対象者が予診票に自筆することが困難な場合にのみ、接種時に代筆者が予診項目等を代筆し、また「本人署名」欄には接種対象者の名前を代筆記名し、「代筆者名前」及び「続柄」欄に代筆者の名前及び接種対象者との続柄を記入する。
- 2 接種対象者の自筆が困難な場合の代筆者については、家族に限定しない。
(原則として、接種対象者本人の接種意思を確認した者が代筆する。)
- 3 本予防接種は、接種対象者本人の意思に基づき接種を受けるものであることから、対象者の意思の確認が容易でない場合は、家族や医師の協力を得ながら意思確認を行い、接種対象者の接種の意向を丁寧に汲み取ること。
- 4 明確に対象者の接種意思を確認できない場合は、接種してはならない。
(接種対象者の同意なく接種はできません。)