

福山市高齡者帯状疱疹予防接種実施要領

2026年度（令和8年度）

目 次

1	予防接種の種類	P 1
2	実施期間	
3	接種の場所	
4	対象者の確認	
5	接種の回数・接種間隔	P 3
6	予防接種料金（個人負担金）	P 4
7	予診の方法	P 5
8	接種不適當者及び接種要注意者	
9	予診票への署名について	P 6
10	施設入所者について	
11	他の予防接種との接種間隔・同時接種	P 7
12	高齡者帯状疱疹予防接種に使用するワクチン 等について	
13	予防接種の実施	
14	長期にわたり療養を必要とする疾病にかかっ たこと等により、やむを得ず定期予防接種の機 会を逸した者への特例について	P 8
15	予防接種後副反応疑い報告について	P 9
16	予防接種に係る間違いの防止について	P 10
17	他市町村住民の接種について	
18	予防接種の実施報告について	P 11
19	その他	P 13
20	資料等	P 14

福 山 市

1 予防接種の種類

高齢者带状疱疹予防接種

带状疱疹は、予防接種法（昭和 23 年法律第 68 号。以下「法」という。）の B 類疾病に位置づけられ、その予防接種は個人の重症化予防により重症者を減らすことを目的として行うものであり、集団発生を防ぐものではありません。接種を受ける法律上の義務はなく、対象者が自らの意思で接種を希望する場合にのみ予防接種を行うものです。

2 実施期間

2026 年（令和 8 年）4 月 1 日（水）～2027 年（令和 9 年）3 月 31 日（水）

3 接種の場所

実施協力医療機関（個別接種）

接種を希望する者が寝たきり等の理由から、医療機関内において接種を受けることが困難な場合においては、予防接種を実施する際の事故防止対策、副反应对策等の十分な準備がなされた場合に限り、巡回診療として実施協力医療機関に所属する医師により対象者の自宅、入所施設、入院施設等で予防接種を実施することは差し支えありません。

なお、医療機関以外の場所で接種を実施する場合には、国が定める「定期接種実施要領」の「14 医療機関以外の場所で定期接種を実施する際の注意事項」の記載内容に順じ、必要な安全措置を実施してください。

4 対象者の確認

(1) 対象者

福山市に住民票のある人で、次の①・②のいずれかに該当し、本人による接種希望の意思確認が得られた者です。

- ① 今年度中に 65 歳、70 歳、75 歳、80 歳、85 歳、90 歳、95 歳、100 歳となる者（対象者一覧表を参照してください。）

※ 2025 年度（令和 7 年度）から 5 年間の経過措置による対象者。

※ 今年度中に 101 歳以上となる者は定期接種の対象者ではありません。（2025 年度（令和 7 年度）のみの対象者であったため。）

- ② 60 歳以上 65 歳未満の者（年齢は、接種日時点のものとします。）であって、ヒト免疫不全ウイルスにより免疫の機能に日常生活がほとんど不可能な程度の障がいを持つ者：資料①「機能障がいの程度」に該当することを次の（ア）～（ウ）いずれかの方法により確認した後、接種を行ってください。

（ア）機能障がいを診てもらっている医師による確認

（イ）身体障がい者手帳による確認

（ウ）機能障がいを診てもらっている医師の意見書・診断書による確認

※ 他のB類疾病（高齢者を対象とする予防接種）とは、対象となる障がい異なりますので注意してください。

なお、带状疱疹にかかったことのある者については、定期接種の対象となりますが、過去に任意接種として带状疱疹ワクチンの接種が完了している者（生ワクチンを1回接種又は組換えワクチンを2回接種済みの者）は、原則として定期接種の対象とはなりません。ただし、「予防接種を行う必要がある」と医師に判断され、福山市が認めた場合は対象となりますので、該当の場合は、保健予防課にお問い合わせください。

また、過去に任意接種として組換えワクチンを1回接種している者については、原則として組換えワクチンによる残りの1回のみが定期接種の対象となります。（この場合、原則として生ワクチンを接種することはできません。）

【2026年度（令和8年度）の対象者一覧表】

年齢	対象者の生年月日
65歳	1961年（昭和36年）4月2日～1962年（昭和37年）4月1日生まれの者
70歳	1956年（昭和31年）4月2日～1957年（昭和32年）4月1日生まれの者
75歳	1951年（昭和26年）4月2日～1952年（昭和27年）4月1日生まれの者
80歳	1946年（昭和21年）4月2日～1947年（昭和22年）4月1日生まれの者
85歳	1941年（昭和16年）4月2日～1942年（昭和17年）4月1日生まれの者
90歳	1936年（昭和11年）4月2日～1937年（昭和12年）4月1日生まれの者
95歳	1931年（昭和6年）4月2日～1932年（昭和7年）4月1日生まれの者
100歳	1926年（大正15年）4月2日～1927年（昭和2年）4月1日生まれの者

長期療養が必要な疾病などで定期の予防接種の機会を逸した者に対する特例

長期療養を必要とする疾病にかかったこと等により、やむを得ず定期の予防接種（ロタウイルス感染症、インフルエンザ及び新型コロナウイルス感染症の予防接種を除く。）を受けることができなかったと認められる場合は、その事情がなくなった日から2年間（高齢者肺炎球菌及び带状疱疹予防接種については1年間）は、特例として定期の予防接種を受けることができます。

※ 事前に手続きが必要です。

※ 詳細については、「14 長期にわたり療養を必要とする疾病にかかったこと等により、やむを得ず定期予防接種の機会を逸した者への特例について」を参照してください。

(2) 対象者の確認方法

接種前には接種を希望する者から、次に掲げる【本人確認書類】及び【予防接種済証兼接種歴管理票】の提示を求め、年齢、住所及び持参物から対象者であることを慎重に確認してください。

【本人確認書類】

マイナンバーカード、各種健康保険資格確認書、運転免許証又は住民票などの住所・年齢を確認できる書類

【予防接種済証兼接種歴管理票（資料②-1）】

①の対象者に対し、2026年（令和8年）6月頃に福山市から郵送により送付し、接種時に医療機関へ持参するよう案内しています。医療機関において、接種時には必ず「予防接種済証兼接種歴管理票」により接種回数を確認してください。なお、6月の一斉発送を待たず、4月、5

月中の接種希望がありましたら、個別に対応しますので、希望者から福山市に連絡するようお願いください。

②の対象者については、本人からの申請に基づき福山市から「予防接種済証兼接種歴管理票」を発行します。なお、60歳以上65歳未満の者については、「予防接種済証兼接種歴管理票」を持参している場合でも、接種時に②の対象者に該当するか否かを確認いただき、該当する場合にのみ接種を行ってください。

接種時に「予防接種済証兼接種歴管理票」の持参を忘れている場合には、原則として接種は行わず、持参時に改めて接種する取扱いとしてください。また、接種後は「予防接種済証兼接種歴管理票」への接種歴の記録を確実に行ってください。加えて、「予防接種済証兼接種歴管理票」を紛失した対象者については、福山市に対し再発行の申請を行うよう御案内ください。

なお、任意接種の接種歴については、福山市が把握していないため、かかりつけ医等において診療録による確認をお願いします。

5 接種の回数・接種間隔

(1) 生ワクチンの場合

1人につき実施期間内に1回（皮下接種）とします。

(2) 組換えワクチンの場合

1人につき実施期間内に2回（筋肉内接種）とします。

接種間隔については次のとおりです。

区 分	標準的接種間隔		法定接種間隔	
1回目	—		—	
2回目	1回目接種から2か月以上6か月に至った日の翌日まで		1回目接種から <u>2か月以上</u>	
	(例)	7月1日に1回目を受けた場合は、 9月1日～1月1日までの間 7月31日に1回目を受けた場合は、 10月1日～2月1日までの間	(例)	7月1日に1回目を受けた場合は、 9月1日以降 7月31日に1回目を受けた場合は、 10月1日以降

※ 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けば接種することができます。

※ 接種間隔の計算について、1か月＝4週（2か月＝8週）ではありません。（例）の間隔に倣ってください。

※ 実施期間外の接種は、定期接種とはなりません。（【例】今年度の接種対象者の2回目の接種が2027年（令和9年）4月1日以降となった場合など。）

※ 带状疱疹ワクチンの交接種は認められないため、1回目に組換えワクチンを接種したものが、2回目として生ワクチンを接種することはできません。

※ 1回目の接種から6か月までに2回目の接種をすることが望ましいですが、実施期間内であれば、6か月を超えた場合も定期接種として接種することができます。

6 予防接種料金（個人負担金）

(1) 生ワクチンの場合：1件につき3, 100円とします。

(2) 組換えワクチンの場合：1件につき7, 800円とします。

（2回接種の合計は15, 600円になります。）

※ (1)・(2)いずれの場合も予防接種を行った際に徴収した個人負担金の領収書は、実施協力医療機関がそれぞれの定める様式（レシート等）により発行してください。

(3) 個人負担金免除について

次の①・②・③のいずれかに該当し、【証明書】を提示した場合は個人負担金免除となります。

（以下、①・②・③の個人負担金免除者を「低所得者」といいます。）

※ **【証明書】**の提出、医療機関での回収は**不要**です。提示された**【証明書】**を確認し、予診票（資料②－2）の確認項目欄へ記入してください。（資料②－3参照）

【個人負担金免除者】	【証明書】
① 市民税非課税世帯の世帯員	①介護保険の「納入通知書（保険料額決定通知書又は保険料額変更通知書…資料③－1又は資料③－2 （保険料段階が第1～3段階に限る。） ※保険料段階が第4段階以上の人も市民税非課税世帯の場合があります。該当する方は②又は③で確認してください。 又は ②後期高齢者医療資格確認書…資料③－3 （適用区分の欄に「区Ⅰ」又は「区Ⅱ」と記載されており、接種日時点で、有効であるものに限る。） ※ 後期高齢者医療のものに限ります。（国保等は対象外） ※ マイナンバーカード（マイナ保険証）でのオンライン資格確認で上記の資格及び適用区分（「低Ⅰ」又は「低Ⅱ」）の確認ができた場合、原本の提示を省略することができます。 又は ③市民税非課税世帯の「証明書（医療機関用）」…資料③－4 （接種日時点で、有効であるものに限る。）
② 生活保護法による生活保護受給者	④休日・夜間等受診票…資料③－5 （接種日時点で、有効であるものに限る。）
③ 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受給者	⑤写真付の本人確認証…資料③－6 （接種日時点で、有効であるものに限る。）

7 予診の方法

- (1) 接種前診察（問診、検温、視診、聴診等）は全員に実施してください。対象者が自宅等で検温している場合でも、医療機関において再度検温してください。
- (2) 予診票の「医師記入欄」の「医師署名又は記名押印」の箇所は、原則として予診を行った医師が自筆で署名してください。なお、ゴム印等で記名する場合は、必ず医師の押印を行ってください。（予診票最下段の実施医療機関名等の欄の医師名については、ゴム印の記名のみで可）
- (3) 予診票は当該年度以外のものを使わないでください。

8 接種不適当者及び接種要注意者

- (1) 接種不適当者（接種を受けることができない者）
次の各号に掲げる者は、予防接種を受けることができません。
 - ① 带状疱疹生ワクチンについては、明らかに免疫機能に異常のある疾患を有する者及び免疫抑制をきたす治療を受けている者（組換えワクチンについては、免疫の状態に関わらず接種可能です。）
 - ② 接種当日、明らかな発熱（一般的に予診時の体温が37度5分以上であることを指す。）を呈している者
 - ③ 重篤な急性疾患にかかっていることが明らかな者
 - ④ 带状疱疹に係る予防接種の接種液の成分によって、アナフィラキシーを呈したことがあることが明らかな者
 - ⑤ その他、予防接種を行うことが不適当な状態にある者

※ 接種不適当者に予防接種を行った場合、当該予防接種は市が実施する高齢者带状疱疹予防接種の対象になりません。
- (2) 接種要注意者（接種の判断を行うに際し、健康状態及び体質を勘案し、注意して接種する者）
 - ① 带状疱疹生ワクチンについては、輸血やガンマグロブリンの注射を受けた者は治療後3か月以上、大量ガンマグロブリン療法を受けた者は治療後6か月以上を置いて接種すること。
 - ② 带状疱疹組換えワクチンについては、筋肉内に接種するため、血小板減少症や凝固障がい
を有する者、抗凝固療法を実施している者
 - ③ 心臓血管系疾患、腎臓疾患、肝臓疾患、血液疾患等の基礎疾患を有する者
 - ④ 予防接種で接種後2日以内に発熱のみられた者及び全身性発疹等のアレルギーを疑う症状を呈したことがある者
 - ⑤ 過去にけいれんの既往のある者
 - ⑥ 過去に免疫不全の診断がされている者及び近親者に先天性免疫不全症の者がいる者
 - ⑦ 接種しようとする接種液の成分に対してアレルギーを呈するおそれのある者
 - ⑧ バイアルのゴム栓に乾燥天然ゴム（ラテックス）が含まれている製剤を使用する際の、ラテックス過敏症のある者

※ なお、接種要注意者の場合、対象者の健康状態及び体質を勘案して慎重に接種の可否を判断し、予防接種を行う際には対象者に対して、改めて予防接種の効果や副反応などについて適切な説明を行い、対象者が十分に理解したうえで接種希望であることを確認し、文書による同意を確実に得る必要があります。

9 予診票への署名について

B類疾病の予防接種は、接種を受ける法律上の義務がなく、対象者本人の意思で接種を希望している場合に実施するものとなります。よって、対象者本人の意思確認を確実にを行い、予防接種の実施に関して文書(予診票)による同意を得た場合に限り予防接種を実施することができます。

- ① 予防接種の実施に当たっては、事前に説明書等により、有効性、接種後の通常起こり得る副反応及びまれに生じる重い副反応並びに予防接種健康被害救済制度についての適切な説明を行い、対象者がその内容を十分に理解したことを確認してください。
- ② 対象者は、医師の診察の結果、接種が可能と判断された後に署名することになります。予診票に署名しなければ接種を行うことはできないので注意してください。
- ③ 対象者の意思を確認することが困難な場合は、家族等又はかかりつけ医の協力により対象者の意思を確認することが認められます。しかし、対象者本人が接種を希望していない場合、また明確に対象者の意思を確認できない場合には、法に基づいた予防接種を行うことはできません。
 - (ア) 対象者が署名できる場合：対象者本人が「本人署名」欄に署名します。(記載例は、資料②－4)
 - (イ) 対象者が署名できない場合：代筆者が「本人署名」欄に対象者の名前を代筆記名し、「代筆者名前」及び対象者との「続柄」を記入します。(記載例は、資料②－5。代筆者については、資料④「代筆について」を参照)
- ④ 視覚障がい者等における予診票の記入について
 - (ア) 予診票の「本人署名」欄に対象者が署名しがたい場合、代筆で対応してください。なお、「本人署名」欄以外の予診票の「住所・名前・生年月日・年齢・電話番号・性別」及び「質問事項」等については、聞き取りをして実施協力医療機関の従事者等が記入しても構いません。
 - (イ) 代筆によりがたい場合は、保健予防課と個別協議するものとします。

10 施設入所者について

施設入所中の対象者については、施設長等の判断で一律に接種を行うのではなく、対象者の意思を個別に確認したうえで、接種を希望する者に対してのみ接種を行うこととなります。

1.1 他の予防接種との接種間隔・同時接種

(1) 生ワクチンの場合

带状疱疹生ワクチンとそれ以外の注射生ワクチンの接種は、27日間以上の間隔を置いてください。

(例) 7月1日に带状疱疹生ワクチンを接種した場合、他の生ワクチンを接種できるのは7月29日(4週間後の同じ曜日の日)以降となります。

(2) 組換えワクチンの場合

带状疱疹組換えワクチンについては、他のワクチンとの接種間隔に制限はありません。

(3) 同時接種について

いずれの带状疱疹ワクチンについても、医師が特に必要と認めた場合は、インフルエンザワクチンや新型コロナワクチン、高齢者肺炎球菌ワクチン等の他のワクチンと同時接種が可能です。

1.2 高齢者带状疱疹予防接種に使用するワクチン等について

- ① 本事業で使用する带状疱疹ワクチン及び接種用具等(以下「ワクチン等」という。)は、医療機関が卸業者から直接購入して御用意ください。
- ② 本事業で使用する带状疱疹ワクチンは次のとおりです。
 - ・带状疱疹生ワクチン(阪大微研):1回(皮下に接種)
 - ・带状疱疹組換えワクチン(GSK社):2回(筋肉内に接種)

【注意事項】

带状疱疹生ワクチンは、乳幼児水痘予防接種で使用するワクチンと同じものです。ワクチンを注文する際は、それが高齢者带状疱疹予防接種用のものであることを注文先業者に必ず教えてください。

また、接種の際に、誤って乳幼児定期予防接種用のワクチンを使用することがないように、分けて管理いただきますようお願いします。

- ③ 予診票は、「予防接種済証兼接種歴管理票」とあわせて対象者に対し福山市から個別に送付しますので、接種時にはその予診票を持参するよう御案内ください。なお、「予防接種済証兼接種歴管理票」の持参を忘れている場合には、接種を行わない対応をお願いしておりますが、予診票のみの持参忘れについては、福山市のホームページからダウンロードして印刷し、御使用いただくことも可能です。
- ④ 予防接種の説明書(資料②-6)についても「予防接種済証兼接種歴管理票」とあわせて対象者に対し福山市から個別に送付します。

1.3 予防接種の実施

- ① 法、法施行令(昭和23年政令第197号)、法施行規則(昭和23年厚生省令第36号)及び予防接種実施規則(昭和33年厚生省令第27号)等(以下「法令等」という)を確認の上、接種を実施してください。

- ② 国が定める「定期接種実施要領」の「12 接種時の注意」に順じ、予防接種を行うに当たって遵守する事項に則って接種を行ってください。
- ③ 対象者に「予防接種済証兼接種歴管理票」の提示を求め、必ず接種歴を確認してください。接種時に「予防接種済証兼接種歴管理票」の持参を忘れている場合には、原則として接種は行わず、持参時に改めて接種する取扱いとしてください。
- ④ ワクチン等の使用に当たっては、その種類、添付文書、有効期限内であること及び異常のないことを確認してください。
- ⑤ 接種前には接種部位をアルコール消毒し、接種に際しては注射針の先端が血管内に入っていないことを確認してください。
- ⑥ 帯状疱疹生ワクチンを使用する場合は、1回0.5mLを皮下に注射してください。
- ⑦ 帯状疱疹組換えワクチンを使用する場合は、1回0.5mLを2月以上、標準的には2月の間隔を置いて2回筋肉内に注射してください。なお、当該方法をとることができない場合でも1回目の接種から6月までに2回目の接種を完了することが望ましいとされています。また、接種部位は、原則として上腕の三角筋部とし、同一部位に反復して接種することは避けてください。
- ⑧ 予診票は、福山市が対象者に送付している所定のものを使用してください。
- ⑨ 接種後は、「予診票」にワクチン名・ロット番号・実施医療機関名・医師名・接種年月日を記入してください。ワクチン名・ロット番号欄については、記入に代えてロット番号が記載されたシールを貼付しても構いません。また、「予防接種済証兼接種歴管理票」に、接種したワクチンの種類、接種年月日、ワクチンメーカー名、ワクチンロット番号、実施医療機関名を記入してください。ワクチンロット番号については、記入に代えてロット番号が記載されたシールを貼付しても構いません。
- ⑩ 記入した「予防接種済証兼接種歴管理票」を被接種者に交付してください。また、1回目に帯状疱疹組換えワクチンを接種した場合は、次の接種時に「予防接種済証兼接種歴管理票」を必ず持参するよう御案内ください。

1.4 長期にわたり療養を必要とする疾病にかかったこと等により、やむを得ず定期予防接種の機会を逸した者への特例について

定期予防接種の対象者であった間に長期にわたり療養を必要とする疾病にかかったこと等の厚生労働省令に規定する特別の事情により、定期予防接種（ロタウイルス感染症、RSウイルス感染症、インフルエンザ及び新型コロナウイルス感染症の予防接種を除く。）を受けることができなかったと認められる場合は、その事情がなくなった日から2年間（高齢者肺炎球菌及び帯状疱疹予防接種については1年間）は、特例として定期予防接種を受けることができます。（事前の手続きが必要）

【厚生労働省令に定める特別の事情】

- ① 次の（ア）から（ウ）までに掲げる疾病にかかったこと。（やむを得ず定期予防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、無ガンマグロブリン血症その他免疫の機能に支障を生じさせる重篤な疾病

(イ) 白血病、再生不良性貧血、重症筋無力症、若年性関節リウマチ、全身性エリテマトーデス、潰瘍性大腸炎、ネフローゼ症候群その他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。

(注) 上記に該当する疾病の例は、別表(資料⑦-2裏面)に掲げるとおりである。ただし、これは、別表に掲げる疾病にかかったことのある者又はかかっている者が一律に予防接種不適当者であるということを意味するものではなく、予防接種実施の可否の判断は、あくまで予診を行う医師の判断の下、行われるべきものである。

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。(やむを得ず定期予防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。)

※ ④に該当するか否かに関しては、保健予防課と協議して決定するものとします。

【実施方法】

① 対象者は、事前に別紙の資料⑦-1「定期予防接種(特例)申請書」及び資料⑦-2「意見書(長期療養疾病等による定期予防接種の特例措置)」を福山市に提出します。

② 特例の対象者となる場合、福山市が「証明書」を対象者へ交付します。

③ 特例として定期予防接種を実施する場合は、必ず対象者から「証明書」の提示を受け、有効期限等を確認してください。

④ 実施した予防接種の予診票は、通常の予診票と併せて月ごとの実施報告時に福山市に提出してください。その際、予診票の余白に「長期療養疾病対象者」と記入してください。

⑤ 実施報告の際は、該当の予診票を実施件数に含め、提出期限までに、各提出先へ提出してください。

【対象となる期間】

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です。

1.5 予防接種後副反応疑い報告について

法の規定による副反応疑い報告について、【参考資料】を参照し、報告基準を満たす予防接種に起因する疑いのある副反応を診断した場合は、速やかに電子報告システムを用いて、独立行政法人医薬品医療機器総合機構に報告してください。電子的な報告が困難な場合は、予防接種の種類に関わらず、FAXにより同機構に報告を行ってください。

なお、福山市への提出および報告は必要ありません。

<電子報告システムURL : <https://www.pmda.go.jp/safety/reports/hcp/0002.html>>

1.6 予防接種に係る間違いの防止について

法令やワクチンの添付文書の説明事項等を守らずに予防接種を実施したことによって健康被害が生じたときには、接種を行った医師や医療機関の責任を問われる場合があることに留意して

ください。

【予防接種に係る間違い発生時の対応について】

誤った用法用量での接種や有効期限切れワクチンの接種など、予防接種に係る間違いが発生した場合は、速やかに間違いの概要を保健予防課へ電話（TEL：084-928-1127）で報告するとともに、「予防接種に係る誤接種報告書（資料⑥）」を御提出ください。また、被接種者への説明及び健康観察等の対応をお願いします。報告後の処理は、改めて保健予防課から連絡します。

なお、2013年（平成25年）4月1日より厚生労働省の定期接種実施要領において、重大な健康被害につながる恐れのある予防接種の間違いについては、市を通じて国に報告することが義務付けられていますので、御留意ください。

17 他市町村住民の接種について

福山市民以外の予防接種については、原則、「広域予防接種券」又は「予防接種依頼書」が必要となります。接種希望者の住所地（住民票のある市町村）を確認して実施してください。

詳細は次の表のとおり。

被接種者	被接種者の提出書類	接種料金	被接種者の負担	使用するワクチン	請求・報告先
広島県内の住民					
広域化予防接種事業参加市町の住民	(※)予防接種券 (高齢者带状疱疹)	住民票のある市町が定めた料金	[患者負担額]の金額 (予防接種券に記載)	医療機関が購入	予防接種券に記載されている「患者負担額」の欄の金額を徴収、予防接種券、予防接種請求書を国保連に提出 ※福山市への報告は不要
広域化予防接種事業に未参加市町の住民	医療機関宛の依頼書	医療機関が定めた料金	実費 (ワクチン代含む)		被接種者から実費を徴収、依頼のあった市町へ予診票を送付 ※福山市への報告は不要
広島県外の住民	医療機関宛の依頼書	医療機関が定めた料金	実費 (ワクチン代含む)	医療機関が購入	被接種者から実費を徴収、依頼のあった市町村へ予診票を送付 ※福山市への報告は不要

- (※)予防接種券の取り扱いができる医療機関は広島県広域化予防接種事業受託医療機関に限る。

(1) 注意点

- ① 広域化予防接種受託医療機関として予防接種の実施を希望される医療機関は、広島県医師会地域医療課（TEL：082-568-1511）へ連絡してください。（既に広域化予防接種受託医療機関として予防接種を実施している医療機関は、改めての連絡は不要です。）
- ② 広域予防接種委託料については、国保連合会が審査支払を行いますので、広域予防接種請求書に広域予防接種券と予診票を添えて、国保連合会へ提出（請求）してください。（福山市

への報告は不要です。)

- ③ 広域予防接種及び予防接種依頼書に基づく予防接種による健康被害への対応については、予防接種券又は予防接種依頼書を発行した被接種者の住民票のある市町村が行います。
- ④ 予防接種依頼書を被接種者が持参した場合は、実費での接種となるため、被接種者からはワクチン代等を含めた接種料金（医療機関で定める任意の料金）を徴収してください。
- ⑤ 予防接種依頼書の持参者に係る接種の報告は、予防接種実施医療機関から、依頼のあった市町村の担当部署へ直接行ってください。（福山市への報告は不要です。）

- (2) 福山市民以外の高齢者带状疱疹予防接種の対象者で、予防接種券又は依頼書の提出がなかった場合の取扱い

被接種者に対し、住所地（住民票のある市町村）の予防接種担当窓口へ、住所地以外の市町村での接種を希望する旨を申し出るよう伝えてください。（被接種者は、住所地の市町村長から予防接種券又は予防接種依頼書の発行を受け、それが手元に届き次第、医療機関に提出して接種を行います。）

18 予防接種の実施報告について

- (1) 実施協力医療機関は、「高齢者定期接種実施報告書」（別紙1）に接種件数を低所得者及び低所得者以外に分けて記入のうえ、予診票と併せて次表のとおり提出してください。

また、「予診のみ（予診の結果、接種を見合わせた場合。その後、診療に移行したものを含む。）」についても、委託料の支払対象となりますので、接種済みの予診票と併せて、接種を見合わせた者の予診票を提出してください。ただし、「予診のみ」で委託料の支払対象となるのは、1人につき1日1回のみです。

なお、記入方法については、「高齢者定期接種実施報告書」の裏面を参照してください。

提出期限	接種月の翌月10日まで ただし、3月実施分については3月31日まで	
提出先	福山市医師会加入実施協力医療機関	⇒ 福山市保健所 保健予防課
	医師会に加入していない実施協力医療機関	⇒ //
	松永沼隈地区医師会加入医療機関のうち	
	（内海町、沼隈町内の実施協力医療機関）	⇒ 沼隈支所保健福祉担当
	（その他の実施協力医療機関）	⇒ 松永保健福祉課
	府中地区医師会加入実施協力医療機関	⇒ 北部保健福祉課
	深安地区医師会加入医療機関のうち	
	（神辺町内の実施協力医療機関）	⇒ 神辺保健福祉課
	（加茂町内の実施協力医療機関）	⇒ 北部保健福祉課
	※郵送で提出する場合 → 保健予防課（TEL：928-1127）	
	（所属医師会等に関わらず） ☎720-8512 福山市三吉町南二丁目11番22号	

提出書類	① 高齢者定期接種実施報告書（別紙 1） ② 予診票⇒※接種件数と枚数を照合 <u>※接種済みの予診票と予診のみの予診票は、分けて提出してください。</u>
備考 ①	・提出期限までに実施報告書の提出がない場合は、前月の接種実績なしとみなして処理を行います。 ・請求漏れが見つかった場合、直近の接種分と併せて提出してください。（ただし最終報告期限は、2027年（令和9年）3月31日とします。） ・ <u>最終報告（2027年3月報告分）については、接種件数が0件でも必ず実施報告書を提出してください。</u>
備考 ②	・他の B 類定期予防接種（高齢者肺炎球菌、インフルエンザ及び新型コロナウイルス感染症予防接種）と同時接種を予定していた場合の「予診のみ」の取扱いについては、 <u>併せて 1 件として委託料の支払対象となります</u> ので、次のとおり報告を行ってください。 ① 高齢者肺炎球菌予防接種を含む計 2～4 件の同時接種を予定していた場合→「高齢者肺炎球菌」の欄に件数を記入し、報告してください。 ② 高齢者肺炎球菌予防接種を除き、高齢者带状疱疹予防接種を含む計 2～3 件の同時接種を予定していた場合→「高齢者带状疱疹」の欄に件数を記入し、報告してください。 ③ 高齢者インフルエンザ及び新型コロナウイルス感染症予防接種の計 2 件の同時接種を予定していた場合→「高齢者インフルエンザ予防接種」の欄に件数を記入し、報告してください。 ※ 同時接種を予定していなかった場合は、それぞれの予防接種の欄に件数を記入し、報告してください。

(2) 市は、提出された実施報告書・予診票について審査し、不備等があったものについては、実施協力医療機関に修正・再提出を求めます。

(3) 本予防接種に係る委託料は、予防接種業務及び委託料支払に関する代理受領契約に従い、2026年度（令和8年度）予防接種委託料単価表（別紙2）の委託料単価のとおり毎月の報告、審査終了後に速やかに、医師会加入実施協力医療機関については各医師会に対して、その他の実施協力医療機関については直接支払うものとします。

19 その他

(1) この実施要領によるほか、その他の詳細については、法令等、「定期接種実施要領」及び「B類疾病予防接種ガイドライン」を参考に実施することとします。

(2) 個人負担金の免除に必要な証明書類は、次のとおり取得できます。

- ・介護保険の「納入通知書（保険料額決定通知書又は保険料額変更通知書）」（資料③－1又は資料③－2）、「休日・夜間等受診票（資料③－5）」及び「写真付の本人確認証（資料③

－ 6)」は、それぞれの制度の対象者に交付されているものです。

- ・「**後期高齢者医療資格確認書**（資料③－ 3）」は、後期高齢者医療制度の被保険者全員に交付されていますが、適用区分欄に記載があるのは、事前に申請している人のみです。記載がない場合は、マイナンバーカード（マイナ保険証）でのオンライン資格確認を利用して確認することもできます。
- ・**市民税非課税世帯の「証明書（医療機関用）」**（資料③－ 4）は、実施期間中、福山市の税証明担当窓口及び保健予防課において平日 8 時 3 0 分～ 1 7 時 1 5 分（交流館は 9 時～ 1 2 時）の間に対象者へ無料で発行されます。

- (3) 被接種者本人と予診医師が同一である場合は、予診の客観性が担保できず、本市の定期接種としての取扱いができません（任意接種扱いとなります。）ので、ご注意ください。

その他不明な点は、保健予防課（Tel：084-928-1127）へお問い合わせください。

20 資料等

別紙1 高齢者定期接種実施報告書

別紙2 2026年度（令和8年度）予防接種委託単価表

資料① 機能障がいの程度

資料②-1 予防接種済証兼接種歴管理票 ※見本

資料②-2 予診票 ※見本

資料②-3 予診票記入例（証明書確認項目欄について）

資料②-4 予診票記入例（被接種者本人が署名する場合）

資料②-5 予診票記入例（代筆者が記名する場合）

資料②-6 説明書 ※見本

資料③-1 介護保険の「納入通知書（保険料額決定通知書）」

資料③-2 介護保険の「納入通知書（保険料額変更通知書）」

資料③-3 「後期高齢者医療資格確認書」 ※見本

資料③-4 「証明書（医療機関用）」 ※見本

資料③-5 休日・夜間等受診票（生活保護の方） ※見本

資料③-6 写真付の本人確認証（中国残留邦人等の方） ※見本

資料④ 代筆について

資料⑤に関する書類 **削除**

資料⑥ 予防接種に係る誤接種報告書

資料⑦-1 定期予防接種（特例）申請書

資料⑦-2 意見書（長期療養疾病等による定期予防接種の特例措置）

【参考資料】

- ・ 定期の予防接種等による副反応疑いの報告等の取扱いについて

2026年度(令和8年度)用

高齢者定期接種実施報告書

年 月 日

福山市長様

(医療機関名)

所在地

名称

代表者

印

次のとおり高齢者を対象とする定期接種を実施しましたので、報告します。

【接種件数】

実 施 月				年 月					
種 別				接種済み			予診のみ (診療に移行したものを含む。)		総合計 (①+②)
				件数	合計 (①)	内60歳～65歳 未満の方	件数 (予診票枚数)	委託料請求 対象件数(②)	
高齢者 肺炎球菌		個人 負担金 区分	低所得者 以外	件	件	件	件	件	件
			低所得者	件					
高齢者 带状疱疹	生 ワクチン	個人 負担金 区分	低所得者 以外	件	件	件	件	件	件
			低所得者	件					
	ワクチン 組換え	個人 負担金 区分	低所得者 以外	件	件	件	件	件	件
			低所得者	件					
高齢者 インフル エンザ	ワクチン 標準 量	個人 負担金 区分	低所得者 以外	件	件	件	件	件	件
			低所得者	件					
	ワクチン 高用 量	個人 負担金 区分	低所得者 以外	件	件	件	件	件	件
			低所得者	件					
高齢者 新型コロナ ウイルス感染症		個人 負担金 区分	低所得者 以外	件	件	件	件	件	件
			低所得者	件					
合 計 (予診票枚数と一致)					件		件		

【注意事項】

- ・報告書、予診票の提出期限は、接種月の翌月10日です。(ただし、3月分は3月31日)
- ・高齢者带状疱疹について、接種日時点で64歳であっても、当年度中に65歳になる者は内数に含めないでください。

記入例

2026年度(令和8年度)用

高齢者定期接種実施報告書

年 月 日

福山市長様

(医療機関名)

所在地
称
者福山市三吉町南二丁目11番22
すこやか病院
すこやか 太郎朱印
印

件数を訂正した際は、二重線で見え消しし、右の朱印と同じ印かんで訂正印を押印してください。

次のとおり高齢者定期接種を実施しましたので、報告します。

接種年月を記入

【接種件数】

実施月			年 月											
			接種済み				予診のみ (診療に移行したものを含む。)				総合計 (①+②)			
			件数	合計 (①)	内60歳～65歳 未満の方		件数 (予診票枚数)	委託料請求 対象件数(②)						
高齢者 肺炎球菌	個人 負担金 区分	低所得者 以外	件	低所得者以外の予診票の枚数を記入								件		
		低所得者	件	低所得者の予診票の枚数を記入								件		
高齢者 带状疱疹	生ワクチン	低所得者 以外	件	件		件		予診票の年齢区分(60歳～65歳未 満)による内訳を記入 ※「予診のみ」の件数は除く。					件	
		低所得者	件			件								
	ワクチン 組換え	低所得者 以外	件	予診のみの件数の内、委託料の支払い対象となる件数を記 入 ※1人につき1日1件のみ。 ※同時接種を予定していた場合は、併せて1件となります。 (例: インフルエンザと新型コロナの同時接種を予定していて、予診のみとなった場合は、イ								件		
		低所得者	件											
高齢者 インフル エンザ	ワクチン 標準量	低所得者 以外	件	件		件		件		件		件		
		低所得者	件	件		件		件		件				
		低所得者	件	件		件		件		件				
2026年度(令和8年度)は、高齢者インフルエンザ定期予防接種における 高用量ワクチンの使用はありません。												件		
高齢者 新型コロナ ウイルス感染症	個人 負担金 区分	低所得者 以外	件	委託料の支払い件数の合計となる①(接 種済み合計件数)と②(予診のみの委託 料請求対象件数)の合計を記入								件		
		低所得者	件									件		
合 計 (予診票枚数と一致)				件		件		件		件		件		

【注意事項】

- ・報告書、予診票の提出期限は、接種月の翌月10日です。(ただし、3月分は3月31日)
- ・高齢者带状疱疹について、接種日時時点で64歳であっても、当年度中に65歳になる者は内数に含めないでください。

2026年度（令和8年度）予防接種委託単価表

（接種 1 件当たり）

種 別	ワクチン	区 分	委託単価 (消費税込み)		予防接種料金 (個人負担金) 消費税の課税なし
			2026年7月 接種分まで	2026年8月 接種分以降	
高齢者 带状疱疹 予防接種	生 ワクチン	低所得者以外	5,760円	5,780円	3,100円
		低所得者(※)	8,860円	8,880円	0円
	組換え ワクチン (※)	低所得者以外	14,260円	14,280円	7,800円
		低所得者(※)	22,060円	22,080円	0円
予診のみ実施した場合			3,200円	3,220円	

※ 組換えワクチンについては2回接種となります。（表の金額は1回当たりの金額）

※ 低所得者とは、次のいずれかに該当する者とする。

- （1）市民税非課税世帯の世帯員
- （2）生活保護法による生活保護受給者
- （3）中国残留邦人等の円滑な帰国の促進及び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受給者

● 委託単価はワクチン代等相当額を含んでいます。

予防接種に必要な带状疱疹ワクチン及び接種用具等は、医療機関で直接購入してください。

● 「予診のみ」の場合、所得区分に関わらず対象者の自己負担はありません。

「予診のみ」の場合で委託料の支払い対象となるのは、1人につき1日1回のみです。

他のB類定期予防接種（高齢者肺炎球菌・インフルエンザ・新型コロナウイルス感染症予防接種）と同時接種を予定していた場合の「予診のみ」の取扱いについては、併せて1件となります。

機能障がい の 程度

○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 $200/\mu\text{l}$ 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 $3,000/\mu\text{l}$ 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 12g/dl 未満、女性 11g/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 $10\text{万}/\mu\text{l}$ 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 of 不定の発熱(38°C 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 生鮮食料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

※接種対象者に対し、個別通知に同封して発送します。(接種時【要】持参)
※紛失している場合は、接種対象者からの再発行申請が必要です。

資料②-1

2026年度高齢者带状疱疹予防接種接種済証兼接種歴管理票

2026年度(令和8年度)高齢者带状疱疹予防接種 予防接種済証兼接種歴管理票

【注意事項】

- ・この予防接種済証兼接種歴管理票は予防接種を受ける時には必ず持参し、接種後は大切に保管してください。
- ・1回目に生ワクチンを接種した場合は接種終了です。2回目の接種はありません。
- ・予防接種済証の欄は、接種した医療機関で記入されます。
- ・紛失した場合は、福山市に再発行の申請をしてください。

住 所	
名 前	
生年月日	

「予防接種済証」の欄は、接種を実施した医療機関において記入を行ってください。

【予防接種済証】高齢者带状疱疹予防接種

広島県福山市長

● 1 回目

ワクチンの種類	生ワクチン	組換えワクチン
接 種 年 月 日		
ワクチンメーカー名		
ワクチンロット番号		
実施医療機関名		

1回目の接種終了後、記入をお願いします。

・ワクチンの種類の欄は接種したワクチンの種別を○で囲んでください。

・1回目の接種で生ワクチンを接種した場合、2回目の欄を斜線で消すなどし、2回目の接種はない旨を説明してください。

● 2 回目 (1回目に組換えワクチンを接種している場合にのみ接種可能)

ワクチンの種類	組換えワクチン
接 種 年 月 日	
ワクチンメーカー名	
ワクチンロット番号	
実施医療機関名	

2回目の接種終了後、記入をお願いします。

・接種前に1回目の接種が「組換えワクチン」であることを必ず確認してください。

- 接種時には、必ず被接種者に提示を求め、対象者であること及び接種歴を確認してください。
- 接種歴については、本書類に加え、予診票・診療録・本人への聞き取りでも確認してください。
- 接種済証欄を記入後、原本は被接種者へ返却してください。
- 接種時に「予防接種済証兼接種歴管理票」の持参を忘れている場合は、原則として接種を行わず、持参時に改めて接種する取扱いとしてください。
- 紛失している場合は、被接種者に対し福山市に再発行の申請を行うよう説明してください。

※接種対象者に対し、個別通知に同封して発送しています。(接種時【要】持参)
 ※紛失している場合、本市HPからダウンロードして印刷したものも使用可能です。

資料②-2

2026年度高齢者帯状疱疹予防接種予診票

2026年度福山市高齢者帯状疱疹予防接種予診票

住 所	福山市	診察前の体温	度 分
フリガナ		生 年 月 日 (年 齢)	大正・昭和 年 月 日 (満 歳)
名 前		性 別	男 ・ 女
		電 話 番 号	() -

*次の書類により市民であることを確認してください。○資格確認書・受給者証 ○マイナンバーカード ○免許証 ○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 介護保険の「納入通知書(保険料額決定通知書または保険料額変更通知書)」(保険料段階が第1～3段階のものに限る。)
- ③ 「後期高齢者医療資格確認書」(適用区分が「区Ⅰ」又は「区Ⅱ」に限る。)(又はオンライン資格確認での確認可)
- ④ 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)
- ⑤ 中国残留邦人等の支援助給受給世帯の人で、写真付きの「本人確認証」(接種日時時点で、有効であるもの)

番号記入欄

質 問 事 項	回 答 欄		医師記入欄
帯状疱疹予防接種を受けたことがありますか。	はい	いいえ	
(今回の接種が2回目以降の場合) 前回接種したワクチンの種類・接種日を記載してください。ワクチンの種類はいずれかを選択してください。	(ア)	(イ)	
(ア) シングリックス(組換えワクチン) (イ) 乾燥弱毒性生ウイルスワクチン「ピケン」(生ワクチン)	年 月 日		
今日の帯状疱疹の予防接種について、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	
免疫不全と診断されたことがありますか。	はい	いいえ	
(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。			
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。()			
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	
これまでに予防接種を受けて具合が悪くなったことがありますか。	はい	いいえ	
予防接種の種類()	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。	はい	いいえ	
病名()			
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。	はい	いいえ	
病名()			
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	
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
該当する場合に☑	☐ 60歳以上65歳未満で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。 ☐ (組換えワクチンの接種間隔) 疾病又は治療により、免疫不全である、免疫機能が低下した、免疫機能が低下する可能性があるもの等に該当するため、早期接種が必要と判断し、1か月以上2か月未満の接種間隔で接種する。

帯状疱疹予防接種希望書(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ことなく、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	接種方法・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. ※シール貼付け可 有効期限を確認	シングリックス 筋肉内注射 乾燥弱毒性生ウイルスワクチン「ピケン」 皮下注射 0.5ml	実施医療機関名 医 師 名 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-2026.2.26

証明書確認項目欄の記入例

2026年度福山市高齢者带状疱疹予防接種予診票		診察前の体温		度 分	
住 所	福山市	生 年 月 日 (年 齢)	大正・昭和	年 月 日	
フリガナ		性 別	男 ・ 女		
名 前		電 話 番 号	() -		

※次の書類により市民であることを確認してください。○資格確認書・受給者証 ○マイナンバーカード ○免許証 ○その他の書類
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 介護保険の「納入通知書(保険料額決定通知書または保険料額変更通知書)」(保険料段階が第1～3段階のものに限る。)
③ 「後期高齢者医療資格確認書」(適用区分が「Ⅰ」又は「Ⅱ」に限る。)(又はオンライン資格確認での確認も可)
④ 生活保護受給者の方で、「休日・夜間等受診票」(接種日時時点で、有効であるもの)
⑤ 中国残留邦人等の支援給付受給者の方で、写真付きの「本人確認証」(接種日時時点で、有効であるもの)

質問事項	回答欄		医師記入欄
带状疱疹予防接種を受けたことがありますか。	はい	いいえ	
(今回の接種が2回目以降の場合) 前回接種したワクチンの種類・接種日を記載してください。ワクチンの種類はいずれかを選択してください。 (ア) シングリックス (総換えワクチン) (イ) 乾燥弱毒性生水痘ワクチン「ピケン」 (生ワクチン)	(ア)	(イ)	
今日の带状疱疹の予防接種について、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	
免疫不全と診断されたことがありますか。 (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	
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	
これまでに予防接種を受けて具合が悪くなったことがありますか。 予防接種の種類 ()	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、病気にかかりましたか。 病名 ()	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	
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。		
該当する場合に☑	☐ 60歳以上65歳未満でヒト免疫不全ウイルスによる免疫機能障害がある者である。 ☐ (総換えワクチンの接種間隔) 疾病又は治療により、免疫不全である、免疫機能が低下した、免疫機能が低下する可能性があるもの等に該当するため、早期接種が必要と判断し、1か月以上2か月未満の接種間隔で接種する。		
带状疱疹予防接種希望書 (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ことなく、本人署名欄に「本人の名前」を代筆者記名し、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	接種方法・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. ※シール貼付け可 有効期限を確認	シングリックス 筋肉内注射 乾燥弱毒性生水痘ワクチン「ピケン」 皮下注射 0.5ml	実施医療機関名 医 師 名 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。 保予ー2026.2.26

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。

・市民税非課税世帯の「証明書(医療機関用)」
...①を記入

・介護保険の「納入通知書(保険料額決定通知書)」、又は「納入通知書(保険料額変更通知書)」
...②を記入

・「後期高齢者医療資格確認書」(又はオンライン資格確認での確認)
...③を記入

・生活保護受給者に係る、「休日・夜間等受診票」
...④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」
...⑤を記入

●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。高齢者带状疱疹予防接種時に取得した証明書を、高齢者肺炎球菌等他のB類定期接種に再度利用していただくことができます。

※肺炎球菌・带状疱疹の予防接種については、接種対象年齢にご注意ください。

予診票記入例（対象者本人が署名する場合）

2026年度福山市高齢者带状疱疹予防接種予診票		診察前の体温		度 分	
住 所	福山市	生 年 月 日	大正・昭和	年	月 日
フリガナ		(年 齢)	(満 歳)		
名 前		性 別	男 ・ 女		
		電 話 番 号	() -		

※次の各欄により市民であることを確認してください。①資格確認書・受給者証・マイナンバーカード ②免許証 ③その他自治体が発行する福山市内の医療機関において次のいずれかの書類を提示した場合は、提示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 介護保険の「納入通知書(保険料額決定通知書または保険料額変更通知書)」(保険料段階が第1～3段階のものに限る。)
 ③ 「後期高齢者医療資格確認書」(適用区分が「区Ⅰ」又は「区Ⅱ」に限る。)(又はオンライン資格確認での確認も可)
 ④ 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)
 ⑤ 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)

問 題 事 項	回 答 欄	医師記入欄
带状疱疹予防接種を受けたことがありますか。	はい いいえ	
(今回の接種が2回目以降の場合)前回接種したワクチンの種類・接種日を記載してください。ワクチンの種類はいずれかを選択してください。 (ア) シングリックス(組換えワクチン) (イ) 乾燥弱毒性生ウイルスワクチン「ビケン」(生ワクチン)	前回接種日 年 月 日	
今日の带状疱疹の予防接種について、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	
免疫不全と診断されたことがありますか。 (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	
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	
これまでに予防接種を受けて具合が悪くなったことがありますか。	はい いいえ	
予防接種の種類()	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	はい いいえ	
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。	はい いいえ	
病名()	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	
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

該当する場合に○
☒ 65歳以上65歳未満でヒト免疫不全ウイルスによる免疫機能障害がある者である。
☐ (乾燥弱毒性生ウイルスワクチン「ビケン」)にアレルギー反応がある者(アレルギー反応が低下する可能性があるもの等に該当するため、早期接種が必要と判断し、1か月以上2か月未満の接種間隔で接種する。)

带状疱疹予防接種希望書(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、接種を(希望します・希望しません)*どちらかを○で囲む。
 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ことなく、本人署名欄に「本人の名前」を代筆者記名し、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。

ワクチン名・ロット番号	接種方法・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. ※シール貼付け可 有効期限を確認	シングリックス 筋肉内注射 乾燥弱毒性生ウイルスワクチン「ビケン」 皮下注射 0.5ml	実施医療機関名 医 師 名 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 存 2026.2.26

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

該当する場合○する。

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
 また、接種した方のワクチンを○で囲む。

予診票記入例（代筆者が記名する場合）

2026年度福山市高齢者帯状疱疹予防接種予診票		診察前の体温		度 分	
住 所	福山市	生 年 月 日	大正・昭和	年 月 日	
フリガナ		(年 齢)	(満 歳)		
名 前		性 別	男 ・ 女		
		電 話 番 号	() -		

※次の書類により市民であることを確認してください。○資格確認書・受給者証・マイナンバーカード・免許証。また、他の書類も福山市内の医療機関において次のいずれかの書類を提示した場合は、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 介護保険の「納入通知書(保険料額決定通知書または保険料額変更通知書)」(保険料段階が第1～3段階のものに限る。)
 ③ 「後期高齢者医療資格確認書」(適用区分が「区Ⅰ」又は「区Ⅱ」に限る。)(又はオンライン資格確認での確認も可)
 ④ 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)
 ⑤ 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)

質 問 事 項	回 答 欄		医師記入欄
帯状疱疹予防接種を受けたことがありますか。 (今回の接種が2回目以降の場合)前回接種したワクチンの種類・接種日を記載してください。ワクチンの種類はいずれかを選択してください。 (ア) シングリックス(組換えワクチン) (イ) 乾燥弱毒性生ウイルスワクチン「ビケン」(生ワクチン)	はい (ア)	いいえ (イ)	接種時に代筆者が対象者の情報・状態を記入
前接種日 年 月 日			
今日の帯状疱疹の予防接種について、説明書を読みましたか。	はい	いいえ	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。
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	医師の署名(直筆)又は記名ゴム印+朱印
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	該当する場合に○する。
免疫不全と診断されたことがありますか。 (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	
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	代筆者が対象者の意思を確認し、該当する方を○で囲む。
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	
これまでに予防接種を受けて具合が悪くなったことがありますか。	はい	いいえ	代筆者が対象者の名前を記入
予防接種の種類()	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	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
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	
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	
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後の注意等について、説明する。

医師署名又は記名押印

該当する場合に ☒ 65歳以上69歳未満で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。
☐ 組織適合抗原の接種間隔、疾病又は治療により、免疫不全であるか、免疫機能が低下する可能性があるもの等に該当するため、早期接種が必要と判断し、1か月以上2か月未満の接種間隔で接種する。

帯状疱疹予防接種希望書(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接種を(希望します・希望しません)について理解した上で、接種を希望しますか。 *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ことなく、本人署名欄に「本人の名前」を代筆者記名し、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。

ワクチン名・ロット番号	接種方法・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. ※シール貼付け可 有効期限を確認	シングリックス 筋肉内注射 乾燥弱毒性生ウイルスワクチン「ビケン」 皮下注射 0.5ml	実施医療機関名 医 師 名 接 種 年 月 日 年 月 日

※ この予診票は、福山市予防接種で保管します。 保-あ-26.2.2.6

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

該当する場合に○する。

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
 また、接種した方のワクチンを○で囲む。

※接種対象者に対し、個別通知に同封して発送します。
※本市HPからダウンロードして印刷いただくことも可能です。

2026年度高齢者带状疱疹予防接種説明書

【説明書】

高齢者带状疱疹予防接種について

..... 予防接種を受ける前に読んでください

1 どんな病気でしょうか

带状疱疹は、過去に水痘にかかった時に体の中に潜伏した水痘带状疱疹ウイルスが再活性化することにより、神経支配領域に沿って、典型的には体の左右どちらかに帯状に、時に痛みを伴う水疱が出現する病気です。合併症の一つに皮膚の症状が治った後にも痛みが残る「带状疱疹後神経痛」があり、日常生活に支障をきたすこともあります。
带状疱疹は、70歳代で発症する人が最も多くなっています。

2 ワクチン接種について

(1) 定期接種の対象者

- ① 年度内に65歳を迎える人
- ② 60～64歳でヒト免疫不全ウイルスによる免疫の機能が低下し、日常生活がほとんど不可能な人
- ③ 2025年度（令和7年度）から2029年度（令和11年度）までの5年間の経過措置として、その年度内に70、75、80、85、90、95、100歳（※）となる人も対象となります。
※ 100歳以上の人については、2025年度（令和7年度）に限り全員対象となります。

(2) ワクチンの種類・接種間隔等

带状疱疹ワクチンには生ワクチン（阪大微研：乾燥弱毒生水痘带状疱疹ワクチン「ビケン」）、組換えワクチン（GSK社：シングリックス）の2種類があり、接種回数や接種方法、接種スケジュール、接種条件、効果とその持続期間、副反応などの特徴が異なりますが、いずれのワクチンも、带状疱疹やその合併症に対する予防効果が認められています。

	生ワクチン（阪大微研）	組換えワクチン（GSK社）
接種回数 （接種方法）	1回（皮下に接種）	2回（筋肉内に接種）
接種スケジュール	通常、2か月以上の間隔を置いて2回接種 ※病氣や治療により、免疫の機能が低下し又は低下する可能性がある人等は、医師が早期の接種が必要と判断した場合、接種間隔を1か月まで短縮できます。	通常、2か月以上の間隔を置いて2回接種 ※病氣や治療により、免疫の機能が低下し又は低下する可能性がある人等は、医師が早期の接種が必要と判断した場合、接種間隔を1か月まで短縮できます。
接種できない人	病氣や治療によって、免疫が低下している人は接種できません。	免疫の状態に関わらず接種可能です。
接種に注意が必要な人	輸血やガンマグロブリンの注射を受けた人は治療後3か月以上、大量ガンマグロブリン療法を受けた人は治療後6か月以上置いて接種してください。	筋肉内に接種をするため、血小板減少症や凝固障がいのある人、抗凝固療法を実施されている人は注意が必要です。

その他に、接種前に発熱を呈している人、重篤な急性疾患に罹っている人、それぞれの予防接種の接種液の成分によってアナフィラキシーを呈したことが明らかな人等はいず

れのワクチンも接種できません。
また、心臓血管系疾患、腎臓疾患、肝臓疾患、血液疾患等の基礎疾患を有する人、予防接種を受けて2日以内に発熱や全身の発疹などのアレルギーを起こすおそれのある人等はいずれのワクチンについても接種に注意が必要です。

(3) 带状疱疹ワクチンの効果

	生ワクチン（阪大微研）	組換えワクチン（GSK社）
带状疱疹に対するワクチンの効果	接種後1年時点 接種後5年時点	9割以上の予防効果 9割程度の予防効果
接種後10年時点（報告）	—	7割程度の予防効果

※ 合併症の一つである、带状疱疹後神経痛に対するワクチンの効果は、接種後3年時点で、生ワクチンは6割程度、組換えワクチンは9割以上と報告されています。

3 带状疱疹ワクチンの副反応

ワクチン接種後に以下のような副反応がみられることがあります。また、頻度は不明ですが、生ワクチンについては、アナフィラキシー、血小板減少性紫斑病、無菌性髄膜炎が、組換えワクチンについては、ショック、アナフィラキシーがみられることがあります。
接種後に気になる症状を認めた場合は、接種した医療機関へお問い合わせください。

主な副反応の発現割合	生ワクチン（阪大微研）	組換えワクチン（GSK社）
70%以上	—	疼痛*
30%以上	発赤*	発赤*
10%以上	そう痒感*、熱感* 腫脹*、疼痛*、硬結*	筋肉痛、疲労 頭痛、腫脹*
1%以上	発疹、倦怠感	悪寒、発熱、胃腸症状 そう痒感*、倦怠感、その他の疼痛

* ワクチンを接種した部位の症状

4 予防接種による健康被害救済制度について

予防接種は、感染症を予防するために重要なものですが、健康被害（病気になるたり障がいが残ったりすること）が起こることがあります。極めてまれではあるものの、副反応による健康被害をなくすることはできないことから、救済制度が設けられています。給付申請の必要が生じた場合には、診察した医師及び保健所保健予防課にご相談ください。

5 受けるにあたって

- (1) 接種場所ですべて体温を測定し、診察を受けてから接種します。
- (2) 予診票は接種してもらった医師への大切な情報です。責任をもって記入してください。
- (3) 注射した部位を清潔に保つようしてください。また、接種当日は、激しい運動や深酒はさけてください。接種当日の入浴は問題ありません。

* 接種直後から30分程度は安静にし、体調の変化に注意してください。体調に異常を感じた場合は、すぐに医療機関に連絡してください。

【問い合わせ先】
福山市保健所 保健予防課 電話（084）928-1127

2026.2.27

【見本】

[illegible]

【 見本 】

福山市長 枝広 直幹

令和 8 年度 納入通知書（保険料額変更通知書）兼特別徴収中止通知書

令和 8 年度の介護保険料を変更しましたので通知します

被保険者番号
生 年 月 日
住 所
変更年月日
変更理由
年間保険料額

年度をご確認ください。
(2026 年度（令和 8 年度）のものが対象です。)

	特別徴収	普通徴収	特別徴収	普通徴収	普通徴収の場合の納期限
これまでの保険料納付方法等					
保険料徴収方法 特別徴収		0		0	
特別徴収義務者		0		0	
厚生労働大臣		0		0	
特別徴収対象年金		0		0	
厚生年金保険老齢年金		0		0	
10月		0		0	
11月		0		0	
12月		0		0	
1月		0		0	
2月		0		0	
3月		0		0	
計		0		0	
合計額					
差引増減額					

特別徴収（年金からの差し引き）がすぐには中止されないため、次に支給される年金から、変更前の保険料額を支払う場合があります。

＜保険料額変更通知書の場合は、変更後の保険料段階を確認してください。＞

接種する月の保険料段階が「第1～3段階」
(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。

普通徴収（口座振替等）の場合の口座情報

金融機関	口座種目	口座番号	口座名義人
*****	*****	*****	*****

(変更前) 月 4 5 6 7 8 9 10 11 12 1 2 3
保険料段階 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1

(変更後) 月 4 5 6 7 8 9 10 11 12 1 2 3
保険料段階 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1

(お問合せ先)

後期高齢者医療資格確認書			
有効期限 令和 年 月 日 交付年月日 令和 年 月 日			
被保険者番号	1 2 3 4 5 6 7 8		
被 保 険 者	住 所	福山市東桜町3番5号	
	氏 名	福山 太郎	男
	生年月日	昭和24年 12月 2日	
資格取得年月日	令和 年 月 日		
負担割合	割		
発効期日	令和 年 月 日		
任 意 記 載 事 項	適用区分	区Ⅰ	
	発効期日	令和 年 月 日	
	長期入院 該当日	令和 年 月 日	
	特定疾病 区分 発効期日		
保険者番号 並びに保険 者の名称 及び印	印		

- 「任意記載事項」の「適用区分」欄に「区Ⅰ」又は「区Ⅱ」と記載されている場合は、個人負担金免除の対象となります。
- 後期高齢者医療制度以外の健康保険資格確認書では確認できません。

証明書(医療機関用)

住 所
名 前

4月～5月に高齢者肺炎球菌及び帯状疱疹の予防接種を受ける場合は、2025年度（令和7年度）の証明書（有効期限2026年（令和8年）5月31日）が有効となります。

上記の者の世帯は、2026年度（令和8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・带状疱疹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・带状疱疹予防接種の場合、この証明書の有効期限は2027年（令和9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。

2026年（令和8年） 月 日

福山市長 枝広 直幹

資料③－ 5

休日・夜間等受診票

この受診票に記載してある世帯員だけ医療券を発行します。			
交付年月日 年 (年) 4月 1日			
被 保 護 者 名 前	性 別	生 年 月 日	社会保険 の有無
以下余白			

名 前	
住 所	福山市
有効期限	年 (年) 4月 1日 から 年 (年) 3月31日 まで

有効期限をご確認ください

福山市福祉事務所長

【指定医療機関へのお願い】

- 1 この受診票は、休日・夜間等に受診する場合にのみ医療機関の窓口で提示するものです。なお、医療券は、被保護者からの届け出によって交付手続きを行います。医療券が届かない場合には、発行者へご連絡ください。後日送付します。
- 2 社会保険の有無の欄が有となっている場合には生活保護(医療扶助)と社会保険との併用になります。

連絡先	福山市生活福祉課 第 担当 地区担当員： 広島県福山市東桜町3番5号 電話番号：084-928-1067
-----	---

本人確認証		福生福第 号
名前	前	写真 (3cm×2.5cm)
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（ ） 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。)

予防接種に係る誤接種報告書

医療機関	住所		連絡先(TEL)	
	医療機関名		代表者名	
	実施医師名			
被害者 (対象者)	住所			
	名前	性別 ☐ 男 ☐ 女	生年月日	年 月 日 (接種日時点の年齢 歳 か月)
	保護者名			
誤接種の内容	接種日	年 月 日	ワクチンの種類	
	メーカー	ロット番号		
	概要			
事実経過 (健康被害の有無も含めて)				
原因 (問題点等)				
対策 (改善策)				
被害者(保護者) への対応結果				

上記のとおり報告します。

年 月 日

福山市長 様
(保健予防課)

医療機関名

代表者名

印

定期予防接種（特例）申請書

福山市長様

長期にわたり療養を必要とする疾病にかかったこと等により、やむを得ず定期の予防接種を受けることができなかった状態が改善したため、次のとおり定期予防接種を受けたく申請します。

年 月 日

・ 被接種者住所

・ 被接種者名

・ 生 年 月 日 年 月 日

・ 電 話 番 号

・ 接 種 予 定 日 年 月 日

（未定の場合は記載不要）

（添付書類）

○意見書（長期療養疾病等による定期予防接種の特例措置）

書見意

(長期療養疾病等による定期予防接種の特例措置)

被接種者	ふりがな 名前			性別	男・女	
	生年月日	年　月　日（　歳　）				
	住所					
	☐ ① 免疫の機能に支障を生じさせる重篤な疾病、又は免疫の機能を抑制する治療を必要とする重篤な疾病等にかかったこと。（疾病例は別表のとおり。）					
	疾病名					
	(状況)					
やむを得ず定期の予防接種を受けることができなかったと判断した理由 {該当する理由にチェックし(※)詳細を記入してください。}	療養期間	年　月　日～年　月　日	(※やむを得ず予防接種を受けることができなかった期間のこと)			
	☐ ② 譲渡の移植を受けた後、免疫の機能を抑制する治療を受けたこと。					
	(譲渡移植の内容)					
	(免疫の機能を抑制する治療の内容)					
	療養期間	年　月　日～年　月　日	(※やむを得ず予防接種を受けることができなかった期間のこと)			
	☐ ③ 医学的知見に基づき、上記の①又は②に準ずると認められるもの。					
	(①又は②に準ずると認められる状況)					
	療養期間	年　月　日～年　月　日	(※やむを得ず予防接種を受けることができなかった期間のこと)			
上記のとおり、長期にわたり療養を必要とする疾病にかかったこと等により、やむを得ず定期の予防接種を受けることができなかったと判断した。						
医療機関名： _____ 所在地： _____ 電話番号： _____ 医師名： _____ （署名又は捺印）						

(四)

[illegible][illegible]