

福山市高齢者肺炎球菌予防接種実施要領

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	P 2
6	予防接種料金（個人負担金）	
7	予診の方法	P 3
8	接種不适当者及び接種要注意者	
9	予診票への署名について	
10	施設入所者について	P 4
11	他の予防接種との接種間隔	
12	高齢者肺炎球菌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 5
15	予防接種後副反応疑い報告書について	P 6
16	予防接種に係る間違いの防止について	
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 7
19	その他	P 8
20	資料等	P 9

福山市

1 予防接種の種類

高齢者肺炎球菌予防接種（沈降20価肺炎球菌結合型ワクチンでの接種）

肺炎球菌感染症（高齢者がかかるものに限る。）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予防に比重をおいて行うものであり、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～2027年（令和9年）3月31日

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、当該医療機関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、副反応対策等の十分な準備がなされた場合に限り、巡回診療として当該医療機関に所属する医師により対象者の自宅、入所施設、入院施設等での予防接種を実施することは差し支えありません。

4 対象者の確認

対象者は、福山市に住民票のある人で、原則として肺炎球菌ワクチンを接種したことがなく（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。）、次の①又は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とします。

なお、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】の提示を求めるなど、年齢及び住所等から対象者であることを慎重に確認してください。

① 65歳の者（65歳の誕生日前日から66歳の誕生日前日まで）

② 60歳以上65歳未満の者であって、心臓、じん臓又は呼吸器の機能に自己の身の日常生活活動が極度に制限される程度の障がい（身体障がい者手帳おおむね1級に相当する程度。肢体・視覚・聴覚障がいなどは除く。）及び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（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）機能障がいを診ている医師の意見書・診断書による確認

【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

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（新型コロナウイルス感染症及びインフルエンザを除く。）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

※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。

5 接種の回数

1人につき1回（筋肉内接種）とします。

※過去に肺炎球菌ワクチンの接種を受けたことがある者は原則として対象外です。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。

6 予防接種料金（個人負担金）

- ・ 1件につき4,100円
- ・ 次の①、②、③のいずれかに該当し、【証明書】を事前に提示した場合は個人負担金免除となります。（以降、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、予診票の確認項目欄へ記入してください。（記入例Ⅰ参照）
- ・ 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。

【個人負担金免除者】	【証明書】
① 市民税非課税世帯の世帯員	④ 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）」 （保険料段階が01～03段階に限る。）…見本④-1又は④-2 ※保険料段階が第4段階以上の人でも市民税非課税世帯の場合があります。該当する人は他の証明書（⑤又は⑥）で御確認ください。 又は ⑤ 後期高齢者医療資格確認書…見本⑤ （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 ⑥ 市民税非課税世帯の証明書（医療機関用）…見本⑥ （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	⑦ 休日・夜間等受診票…見本⑦ （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	⑧ 写真付の本人確認証…見本⑧ （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」欄は、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。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。）

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 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
- ② 重篤な急性疾患にかかっていることが明らかな者
- ③ 当該疾病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
- ④ 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、当該予防接種は福山市が実施する高齢者肺炎球菌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 心臓血管系疾患、じん臓疾患、肝臓疾患、血液疾患、障がい等の基礎疾患を有する者
- ② 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
- ③ 過去にけいれんの既往のある者
- ④ 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
- ⑤ 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
- ⑥ 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の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いため、対象者本人の意思で接種を希望していることを確認する必要があります。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は認められますが、明確に対象者の意思を確認できない場合は、法に基づいた予防接種を行うことはできません。
 - ① 対象者が署名できる場合：「本人署名」欄に署名します。（記載例は、記入例Ⅱ）

- ② 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、記入例Ⅲ。代筆者については、資料②「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

- ① 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。
- ② 代筆によりがたい場合は、福山市の予防接種担当課に別途協議するものとします。

1 0 施設入所者について

施設入所中の対象者については、施設長の判断で一律的に接種を行うのではなく、明確に対象者の意思を確認したうえで接種をすることになります。

1 1 他の予防接種との接種間隔

高齢者肺炎球菌のワクチンは、不活化ワクチンのため、異なるワクチンの接種間隔に関しては規定がありません。また、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、带状疱疹ワクチン等の他のワクチンと同時接種が可能です。

1 2 高齢者肺炎球菌予防接種に使用するワクチン等について

- (1) 本事業で使用する高齢者肺炎球菌予防接種用のワクチン及び接種用具等（以下「ワクチン等」という。）は、医療機関が任意の卸業者から直接購入して御用意ください。（市による注文先業者の指定はありません。）

【注意事項】

沈降 2 0 価肺炎球菌結合型ワクチンは、乳幼児等の定期接種で使用する小児用肺炎球菌ワクチンと同じものです。ワクチンを注文する際は、それが高齢者肺炎球菌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。

- (2) 予診票及び予防接種済証、説明書は、昨年度の接種実績を参考に送付しています。追加が必要な場合は、保健予防課へ御連絡いただければ郵送します。また、福山市のホームページからダウンロードして印刷し、御利用いただけます。

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) 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。
- (4) 福山市から配付された予診票を使用します。

※「4 対象者の確認（1 ページ目）」により、対象者である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) ワクチンを筋肉内に1回0.5ml注射します。
- (7) 原則として上腕の三角筋部に筋肉内注射により行ってください。なお、明らかに筋肉量が少ない場合などは、年齢に関係なく大腿前外側部（外側広筋）に接種することも可能ですが、臀部には接種しないでください。
- (8) 接種後は、予診票にワクチンメーカー名・ロット番号・接種量・実施場所（実施協力医療機関名）・医師名・接種年月日を記入してください。ワクチンメーカー名・ロット番号欄の記入に代えて、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。
- (9) 接種後は、対象者に「高齢者肺炎球菌予防接種済証」を交付してください。

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

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带状疱疹予防接種は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）

(1) 厚生労働省令に定める特別の事情

- ① 次のア～ウ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③－2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。

(2) 実施方法

- ① 対象者は、事前に別紙 資料③－1「定期予防接種（特例）申請書」及び資料③－2「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 接種した予防接種の予診票及びそのコピーを、月ごとの予診票と併せて提出してください。
- ⑤ 実施報告については、高齢者肺炎球菌予防接種実施報告書と併せて提出期限までに、各提出先へ提出してください。その際、予診票の空欄に「長期療養疾病対象者」と記入してください。

(3) 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書について

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⑤）」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。報告後の処理につきましては、改めて保健予防課より連絡します。

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、福山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。

1.7 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。住所を確認して、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 (高齢者肺炎球菌)	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ります。

(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肺炎球菌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る。（被接種者は、住所地の市町村長から予防接種券か依頼書（原本）が手元に届き次第、医療機関へ提出後、接種を行う。）

1.8 予防接種の実施報告について

- (1) 実施協力医療機関は、「高齢者肺炎球菌予防接種実施報告書」（別紙2）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、委託料支払対象となっています。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、他のB類定期予防接種（高齢者带状疱疹、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、併せて1件として委託料の支払対象となりますので、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、高齢者帯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→「高齢者帯状疱疹」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。

※ 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 ⇒ 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） 〒720-8512 福山市三吉町南二丁目11-22
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 ※接種済みの予診票と予診のみの予診票は、分けて提出すること。
備考	・提出期限までに実施報告書の提出がない場合は、該当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。） ・最終報告については、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。

(2) 福山市は、提出された実施報告書・予診票を審査し、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、予防接種業務委託契約に従い、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を通して、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、「定期予防接種実施要領」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) 個人負担金免除に必要な証明書は、次のとおりです。

- ・見本㉔、見本㉕及び見本㉖は、それぞれの制度の対象者に交付されているものです。
- ・見本㉗は、後期高齢者医療保険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。記載がない場合でも免除対象外とは限りませんので、御注意ください。また、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。

- ・見本㉔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 30 分～17 時 15 分（交流館は 9 時～12 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、福山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、御注意ください。

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）予防接種委託料単価表

資料① 機能障がいの程度

資料② 代筆について

資料③－1 定期予防接種（特例）申請書

資料③－2 意見書（長期療養疾病等による定期予防接種の特例措置）

※裏面に別表

資料④に関する書類 **削除**

資料⑤ 予防接種に係る誤接種報告書

記入例Ⅰ 予診票記入例（証明書確認項目欄について）

記入例Ⅱ 予診票記入例（被接種者本人が署名する場合）

記入例Ⅲ 予診票記入例（代筆者が記名する場合）

見本㉑－1 介護保険 納入通知書（決定通知書）

見本㉑－2 介護保険 納入通知書（変更通知書）

見本㉒ 後期高齢者医療資格確認書

見本㉓ 証明書（医療機関用）

見本㉔ 休日・夜間等受診票（生活保護の方）

見本㉕ 写真付きの本人確認証（中国残留邦人等の方）

【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

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。

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... 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)
			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	件		
		低所得者	件	件	件	件	件	件	件		
高齢者 带状疱疹	生 ワクチン	低所得者 以外	件	件	件	件	件	件	件		
		低所得者	件	件	件	件	件	件	件		
高齢者 インフル エンザ	ワクチン 組換え	低所得者 以外	件	件	件	件	件	件	件		
		低所得者	件	件	件	件	件	件	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	件		
		低所得者	件	件	件	件	件	件	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	件		
		低所得者	件	件	件	件	件	件	件		
合 計 (予診票枚数と一致)			件	件	件	件	件	件	件		

実施した予防接
種ごとに件数を記

低所得者以外の予診票の枚数を記入

低所得者の予診票の枚数を記入

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。

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、イン

予診の結果、予防接種を見合
わせた予診票の枚数を記入

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。

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

【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。

2026年度(令和8年度)予防接種委託料単価表

(接種1件当たり)

種 別	実施方法	委託料単価		予防接種料金 (個人負担金)
		2026年7月接種分 まで	2026年8月接種分 以降	
高齢者肺炎球菌	個別接種	7,620円	7,640円	4,100円 (低所得者以外)
		11,720円	11,740円	0円 (* : 低所得者)
予診のみ実施した場合	個別接種	3,200円	3,220円	

* 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

* 2026年度から、福山市によるワクチンの一括購入を取りやめ、接種委託料にワクチン代等相当額を上乗せしています。

機能障がい の程度

① 心臓機能障がい

ア. 次のいずれか二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STの低下が0.2mV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、内因性クレアチンクリアランス値が10ml/分未満、又は血清クレアチニン濃度が8.0mg/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 O_2 分圧が50Torr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 of 組合せで正常ならば当然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/ μ 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/ μ 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10万/ μ 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℃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。

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。)

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)

(長期療養疾病等による定期予防接種の特例措置)

資料③-2

被接種者	ふりがな		性 別	男 ・ 女
	名 前			
	生 年 月 日	年 月 日 (歳 月)		
	住 所			
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。)	☐ 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)			
	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 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。			
	(臓器移植の内容)			
	(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つたと判断した。				
年 月 日				
医 療 機 関 名 :				
所 在 地 :				
電 話 番 号 :				
医 師 名 : (署名又は記名押印)				
印				

別 表

分類	名称	分類	名称
悪性新生物	白血病 悪性リンパ腫 ランゲルハンス(細胞)組織球症(Histiocytosis X) 神経芽細胞腫 ウィルムス(Wilms)腫瘍 肝芽腫 網膜芽細胞腫 骨肉腫 横紋筋肉腫 ユーイング(Ewing)肉腫 末梢性神経外胚葉腫瘍 脳腫瘍	慢性腎疾患	ネフローゼ症候群 巣状糸球体硬化症 慢性糸球体腎炎 急速進行性糸球体腎炎 グッドパスチャー(Goodpasture)症候群 バーター(Bartter)症候群
		慢性呼吸器疾患	気管支喘息 慢性肺疾患 特発性間質性肺炎
		慢性心疾患	期外収縮 心房又は心室の細動 心房又は心室の粗動 洞不全症候群 ロマノ・ワルド(Romano-Ward)症候群 右室低形成症 心室中隔欠損症 心内膜床欠損症(一次口欠損症、共通房室弁口症) 心房中隔欠損症(二次口欠損症、静脈洞欠損症) 単心室症 単心房症 動脈管開存症 肺静脈還流異常症 完全大血管転位症 三尖弁閉鎖症 大血管転位症 大動脈狭窄症 大動脈縮窄症 肺動脈閉鎖症 両大血管右室起始症 特発性肥大型心筋症 特発性拡張型心筋症 小児原発性肺高血圧症 高安病(大動脈炎症候群)
血液・免疫疾患	血球貪食リンパ組織球症 慢性活動性EBウイルス感染症 慢性GVHD(Graft Versus Host disease、移植片対宿主病) 骨髄異形成症候群 再生不良性貧血 自己免疫性溶血性貧血 特発性血小板減少性紫斑病 先天性細胞性免疫不全症 無ガンマグロブリン血症 重症複合免疫不全症 バリアブル・イムノデフィシエンシー(variable immunodeficiency) ディジョージ(DiGeorge)症候群 ウィスコット・アルドリッチ(Wiskott-Aldrich)症候群 後天性免疫不全症候群(AIDS、HIV感染症) 自己炎症性症候群	内分泌疾患	異所性副腎皮質刺激ホルモン(ACTH)症候群 下垂体機能低下症 アジソン(Addison)病 クッシング(Cushing)症候群 女性化副腎腫瘍 先天性副腎皮質過形成 男性化副腎腫瘍 副腎形成不全 副腎腺腫
神経・筋疾患	ウェスト(West)症候群(点頭てんかん) レノックス・ガストウ(Lennox-Gastaut)症候群 重症乳児ミオクロニーてんかん コントロール不良な「てんかん」 Werdnig Hoffmann病 先天性ミオパチー 先天性筋ジストロフィー ミトコンドリア病 ミニコア病 無痛無汗症 リー(Leigh)脳症 レット(Rett)症候群 脊髄小脳変性症 多発性硬化症 重症筋無力症 ギラン・バレー症候群 慢性炎症性脱髄性多発神経炎 ペルオキシソーム病 ライソゾーム病 亜急性硬化性全脳炎(SSPE) 結節性硬化症 神経線維腫症Ⅰ型(レックリングハウゼン病) 神経線維腫症Ⅱ型	膠原病	シェーグレン(Sjogren)症候群 若年性関節リウマチ スチル(Still)病 ベーチェット病 全身性エリテマトーデス 多発性筋炎・皮膚筋炎 サルコイドーシス 川崎病
		先天性代謝異常	高オルニチン血症－高アンモニア血症－ホモシトルリン尿症症候群 先天性高乳酸血症 乳糖吸収不全症 ぶどう糖・ガラクトース吸収不全症 ウイルソン(Wilson)病(セルロプラスミン欠乏症) メチルマロン酸血症
		アレルギー疾患	食物アレルギー
慢性消化器疾患	肝硬変 肝内胆管異形成症候群 肝内胆管閉鎖症 原発性硬化性胆管炎 先天性肝線維症 先天性胆道拡張症(先天性総胆管拡張症) 胆道閉鎖症(先天性胆道閉鎖症) 門脈圧亢進症 潰瘍性大腸炎 クローン病 自己免疫性肝炎 原発性胆汁性肝硬変 劇症肝炎 膵嚢胞線維症 慢性膵炎	先天異常	先天奇形症候群 染色体異常

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	生年月日
			□男 □女	(接種日時点の年齢 歳 か月)
保護者名				
誤接種の内容	接種日		ワクチンの種類	
	年 月 日			
	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



証明書確認項目欄の記入例

福山市高齢者肺炎球菌予防接種予診票		診察前の体温	度	分
住 所	福山市	生 年 月 日 (年 齢)	年	月 日 (満 歳)
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 生活保護世帯の方で、「休日・夜間等受診票」(接種日時点で、有効であるもの)
⑤ 中国残留邦人等の支給付受給世帯の方で、写真付きの「本人確認証」(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
過去に肺炎球菌ワクチンの接種を受けたことがありますか。	はい いいえ	
肺炎球菌ワクチン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いわれましたか。	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	
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りしたことがありますか。	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	
最近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 ()		
心臓病、じん臓病、肝臓病、血液疾患など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いわれましたか。	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 ()		
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害がある者である。

肺炎球菌ワクチン予防接種希望書 (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意思を確認し、本人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

ワクチンメーカー名・ロット番号	接種量	実施場所・医師名・接種年月日
メーカー名 Lot No. ※シール貼付可	筋肉内注射 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.

被接種者より次のいずれかの書類の提示があった際は「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
・・・②を記入
- ・「後期高齢者医療資格確認書」
・・・③を記入
- ・生活保護世帯の方の休日・夜間等受診票
・・・④を記入
- ・中国残留邦人等の方の写真付きの受給者証
・・・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(原本またはコピー)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。高齢者肺炎球菌接種時に取得した証明書を、高齢者インフルエンザ接種時に再度利用していただくことができます。※接種時の年齢にご注意ください。

予診票記入例（対象者本人が記名する場合）

福山市高齢者肺炎球菌予防接種予診票		診察前の体温		度 分	
住 所	福山市	生 年 月 日 (年 齢)	年 月 日 (満 歳)		
フリガナ		性 別	男 ・ 女		
名 前		電 話 番 号 ()	—		

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）

番号記入欄

質 問 事 項	回 答 欄		医師記入欄
過去に肺炎球菌ワクチンの接種を受けたことがありますか。	はい	いいえ	
肺炎球菌ワクチン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いわれましたか。	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	
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	
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	
最近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いわれましたか。	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	
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。

肺炎球菌ワクチン予防接種希望書（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意思を確認し、本人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。

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

ワクチンメーカー名・ロット番号

接種量

実施場所・医師名・接種年月日

メーカー名

Lot No.

※シール貼付可

筋肉内注射

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。

接種後に医療機関で記入
 なおメーカー名・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）

福山市高齢者肺炎球菌予防接種予診票		診察前の体温		度 分	
住 所	福山市	生 年 月 日 (年 齢)	年 月 日 (満 歳)		
フリガナ		性 別	男 ・ 女		
名 前		電 話 番 号 ()	—		

接種時の体温を記入

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）

番号記入欄

接種時に対象者が記入

質 問 事 項	回 答 欄		医師記入欄
過去に肺炎球菌ワクチンの接種を受けたことがありますか。	はい	いいえ	
肺炎球菌ワクチン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いわれましたか。	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	
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	
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	
最近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いわれましたか。	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	
今日の予防接種について質問がありますか。	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

医師の署名（直筆）
又は
ゴム印＋朱印

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。

肺炎球菌ワクチン予防接種希望書（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意思を確認し、本人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

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

ワクチンメーカー名・ロット番号	接種量	実施場所・医師名・接種年月日
メーカー名 Lot No. ※シール貼付可	筋肉内注射 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。

接種後に医療機関で記入
なおメーカー名・Lot No.についてはシールの貼付可

【見本】

[illegible]

【見本】

[illegible]

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		<table><tr><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr></table>									
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 <table><tr><td colspan="2">印</td></tr></table>		印							
印											

●マイナ保険証をお持ちでない場合に発行されます。

「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。

●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、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。

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带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

見本©

休日・夜間等受診票

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

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			

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。		

(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

有効期間をご確認ください

見本⑤