

福山市高齡者インフルエンザ 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	接種不適當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	高齡者インフルエンザ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	予防接種後副反応疑い報告書について	P 5
15	予防接種に係る間違いの防止について	
16	他市町村住民の接種について	P 6
17	予防接種の実施報告について	P 7
18	その他	P 8
19	資料等	

福 山 市

1 予防接種の種類

高齢者インフルエンザ予防接種

インフルエンザは予防接種法の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）10月1日（木）～2027年（令和9年）1月31日（日）

※高齢者新型コロナウイルス感染症予防接種とは実施期間が異なりますので、ご注意ください。

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、準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、入院施設等で予防接種を実施することは差し支えありません。

なお、上記の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「定期予防接種実施要領」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

対象者は、福山市に住民票のある人で、次の①②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てします。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。

年齢は、接種日時点のものとします。

- ① 65歳以上の者
- 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に自己の身の辺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（身体障がい者手帳おおむね2級に相当する程度）を有する者：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

【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

5 接種の回数

1人につき1回とします。

6 予防接種料金（個人負担金）

・ 1件につき1,600円とします。

・ 次のいずれかの【証明書】を提示した場合は個人負担金免除となります。

※【証明書】の写しの提出は不要です。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または保険料額変更通知書）」 （所得段階が01～03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⑥又は⑦で確認してください。 又は ⑤ 後期高齢者医療資格確認書 （限度区分の欄に「区Ⅰ」又は「区Ⅱ」と記載されており、接種日時点で有効なものに限る。） ※ 対象者の同意を得て、マイナンバーカードのオンライン資格確認で上記の資格確認ができた場合、原本の提示を省略することができます。 「国民健康保険資格確認証」、「国民健康保険医療限度額適用・標準負担額減額認定証」及び「介護保険負担限度額認定証」は対象外。 又は ⑥ 市民税非課税世帯の証明書（医療機関用） （接種日時点で、有効なものに限る。）
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 （接種日時点で、有効なものに限る。）
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 （接種日時点で、有効なものに限る。）

※以降、①②③の個人負担金免除者を「低所得者」とします。

※④～⑧の資料は、別で見本を作成しておりますので、ご活用ください。

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) 予診票の医師の署名又は記名押印欄は、接種を行った医師が自筆で記入してください。ゴム印等で記名する場合は、医師の押印を行ってください。（実施医療機関名等の記入欄への記名については、ゴム印可）

8 接種不適合者及び接種要注意者

- (1) 接種不適合者（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（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 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

※接種不適合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インフルエンザ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、発育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 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

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、予防接種法に基づ

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：「本人署名」欄に署名します。(記載例は、記入例Ⅱ)

(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、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

(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、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

高齢者インフルエンザのワクチンは、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。

1 2 高齢者インフルエンザ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ご用意ください。
- ② 予診票及び予防接種済証は、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、
福山市のホームページからダウンロードして印刷し、ご利用ください。また、保健予防課へご連
絡いただければ郵送します。

1 3 予防接種の実施

- ① ワクチン等の使用に当たっては、正しいワクチンの種類、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。
- ② インフルエンザHAワクチンを1回皮下に0.5ml注射します。
- ③ 接種部位は、通常「上腕伸側」とします。
- ④ 予診票は、市が配付する所定のものを使用してください。
- ⑤ 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。
- ⑥ 接種後は、「高齢者インフルエンザ予防接種済証」を交付してください。

1 4 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 5 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で報告するとともに、「予防接種に係る誤接種報告書」(資料④)をご提出ください。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。

1 6 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 (高齢者インフルエンザ)	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 <u>未参加</u> 市町の住民	医療機関宛 又は 自治体宛 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 又は 自治体宛 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不要）。
- 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、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）
- ③ 健康被害の対応については、広域予防接種券を発行した被接種者の居住地の市町が行います。
- ④ 「予防接種依頼書（原本）」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を含めた接種料金を徴収してください。
- ⑤ 依頼書持参者についての接種報告は、予防接種実施医療機関から、依頼のあった市町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）

- (2) 高齢者インフルエンザ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。）

17 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、予診票と併せて次のとおり提出してください。

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。接種済みの予診票と併せて、接種を見合わせた予診票を提出してください。ただし、接種を見合わせた者については、1人につき1日1件のみの支払となります。

なお、実施報告書の記入方法及び提出に際しては、「高齢者定期接種実施報告書」(別紙1)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
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) 〒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 ※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。
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。 ・最終報告(2027年(令和9年)1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。
備考②	・他のB類定期予防接種(高齢者肺炎球菌、新型コロナウイルス感染症及び带状疱疹予防接種)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→「高齢者新型インフルエンザ感染症予防接種」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。

18 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、「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④、見本⑤及び見本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。
 - ・見本⑦は、2026年（令和8年）8月1日以降はマイナ保険証の利用状況等により交付されていますが、限度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、免除対象外とは限りませんので、ご注意ください。
 - ・見本⑧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、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。

19 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	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④—1	介護保険 納入通知書（決定通知書）
見本④—2	介護保険 納入通知書（変更通知書）
見本⑤	後期高齢者医療資格確認書
見本⑧	証明書（医療機関用）
見本⑨	休日・夜間等受診票（生活保護の方）
見本⑩	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

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	委託料単価 (消費税込み)	予防接種料金 (個人負担金) 消費税の課税なし
高齢者インフルエンザ	3,660円	1,600円 (低所得者以外)
	5,260円	0円 (* : 低所得者)
予診のみ実施した場合	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

* 2020年度から、福山市によるワクチンの一括購入を中止とするため、接種委託料にワクチン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、内因性クレアチニ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 対象者が予診票に自筆することが困難な場合のみ、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」を記入する。
- 2 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、対象者本人の接種意思を確認したものが代筆する。)
- 3 本予防接種が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。
(対象者の接種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	生年月日 年 月 日 (接種日時点の年齢 歳 か月)
	保護者名		☐ 男 ☐ 女	
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

印

証明書確認項目欄の記入例

福山市高齢者インフルエンザ予防接種予診票		診察前の体温	度	分
住 所	福山市	生 年 月 日 (年 齢)	大正・昭和 (満 歳)	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も可)
④ 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」(接種日時点で、有効であるもの)
⑤ 生活保護受給者の方で、「休日・夜間等受診票」(接種日時点で、有効であるもの)

番号記入欄

質問事項	回答欄	医師記入欄
インフルエンザ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	
インフルエンザ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	
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	
今までにインフルエンザ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インフルエンザ以外の予防接種の際に具合が悪くなったことはありますか。	はい いいえ	
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	
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。

インフルエンザ予防接種希望書 (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、右欄に代筆者の氏名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	実施医療機関名・医師名・接種年月日
メーカー名 _____ Lot No. _____ ※シール貼付可。有効期限を確認	☐ 0.5 ml ☐ ml	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-2026.7.22

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)」
...②を記入

・「後期高齢者医療資格確認書」
...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。高齢者インフルエンザ接種時に取得した証明書を、他の高齢者定期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（対象者本人が署名する場合）

福山市高齢者インフルエンザ予防接種予診票

診療前の体温 度 分

住 所 福山市

生 年 月 日 大正・昭和 年 月 日
(年 齢) (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 中国留滞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）

質問事項

回答欄

医師記入欄

インフルエンザ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

インフルエンザ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

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

今までにインフルエンザ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インフルエンザ以外の予防接種の際に具合が悪くなったことはありますか。

はい いいえ

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

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・見合わせも）と判断しました。

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障害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。

インフルエンザ予防接種希望書（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。

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。

代筆者名前 続柄

※必須（代理人による代筆記名の場合も含む）

シリアルメーカー名・ロット番号

接種量

実施医療機関名・医師名・接種年月日

メーカー名

Lot No.

接種年月日

年 月 日

※ シール貼付可。有効期限を確認

※ この予診票は、福山市保健予防課で保管します。

保存-2026.7.22

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。

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
ゴム印＋朱印

対象者が該当するほうを○で囲む。

対象者が署名（直筆）

予診票記入例（代筆者が記名する場合）

福山市高齢者インフルエンザ予防接種予診票		診察前の体温	度	分
住 所	福山市	生 年 月 日 (年 齢)	大正・昭和 (満 歳)	年 月 日
フリガナ		性 別	男 ・ 女	
名 前		電 話 番 号	()	—

※ 接種時に体温を記入。

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 中国渡留邦人等の支給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）

接種時に代筆者が対象者の情報・状態を記入。

質問事項	回答欄	医師記入欄
インフルエンザ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	
インフルエンザ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	
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	
今までにインフルエンザ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インフルエンザ以外の予防接種の際に具合が悪くなったことはありますか。	はい いいえ	
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	
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、今日の予防接種に（可能・見合わせる）

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。

インフルエンザ予防接種希望書（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）

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称を代筆記名し、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

※ 必ず添付（医療機関による代筆記名の場合も同様）

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

メーカー名

Lot No.

※ シール貼付可。有効期限を確認

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・2026.7.22

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、メーカー名・Lot No.についてはシールの貼付可。

【 見本 】

福山市長 枝広 直幹

令和 8 年度 納入通知書（保険料額決定通知書）兼特別徴収開始通知書

令和 8 年度の介護保険料額決定通知書のとおり決定しましたので通知します。

被保険者番号
生 年 月 日
住 所
決定年月日
決定理由
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。)

収の場合の納期限
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

これらの保険料納付方法等
保険料徴収方法 納付書払い
特別徴収義務者
特別徴収対象年金

特別徴収の欄に金額の記載がある場合は、翌年度 4 月
保険料算定の基礎
期間
保険料段階の算出根拠
本人課税区分 世帯課税区分 生活保護
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

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。

公的年金等の収入金額 合計所得金額
保険料算定の基礎（補足）
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

【 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	*****												(変更前)	月	4	5	6	7	8	9	10	11	12	1	2	3
口座種目	*****												(変更前)	月	4	5	6	7	8	9	10	11	12	1	2	3
口座名義人	*****												(変更後)	月	4	5	6	7	8	9	10	11	12	1	2	3
(お問合せ先)													(変更後)	月	4	5	6	7	8	9	10	11	12	1	2	3

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

2026年度（令和8年度）の証明書
（有効期限2027年（令和9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©

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			

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に提示するものです。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 生年月日 昭和 年 月 日 性 別 住 所 広島県福山市	写真 (3cm×2.5cm)
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下さい。 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