

東かがわ市告示第65号

東かがわ市定期带状疱疹予防接種実施要綱を次のように定める。

令和7年3月31日

東かがわ市長 上村 一郎

東かがわ市定期带状疱疹予防接種実施要綱

(趣旨)

第1条 この要綱は、予防接種法（昭和23年法律第68号。以下「法」という。）の規定に基づき、東かがわ市長（以下「市長」という。）が行う定期の带状疱疹予防接種（以下「予防接種」という。）に関し、その円滑な運営を図るため、法、予防接種法施行令（昭和23年政令第197号）及び予防接種法施行規則（昭和23年厚生省令第36号）に定めるもののほか、必要な事項を定めるものとする。

(対象者)

第2条 市長が行う予防接種を受けることができる者（以下「対象者」という。）は、市内に住所を有し、次の各号のいずれかに該当する者とする。

(1) 65歳の者

(2) 接種日において60歳以上65歳未満の者であつて、ヒト免疫不全ウイルスによる免疫の機能の障害を有するものとして厚生労働省令で定める者

(実施の方法)

第3条 予防接種は、市長が委託した医療機関（以下「実施医療機関」という。）での個別接種とする。

(接種の手続)

第4条 対象者は、市から送付される東かがわ市带状疱疹予防接種予診票1回目用（様式第1号）又は東かがわ市带状疱疹予防接種予診票2回目用（様式第2号）（以下「予診票」という。）に必要事項を記入し、予防接種を受ける実施医療機関に提出するものとする。

(自己負担金)

第5条 実施医療機関において予防接種を受けた者は、当該実施医療機関に別表に定める自己負担金（以下「負担金」という。）を支払うものとする。

(負担金の減額又は免除)

第6条 前条の規定にかかわらず、予防接種を受けようとする者が次の各号のいずれかに該当する

ときは、負担金について、当該各号に掲げる額を減額し、又は免除することができる。

(1) 本人及びその同一の世帯に属する者が当該年度（当該年度の住民税が確定するまでは前年度）の住民税を課せられていない者 乾燥弱毒生水痘ワクチン（生ワクチン）の場合は全額、乾燥組換え带状疱疹ワクチン（不活化ワクチン）の場合は2,600円

(2) 生活保護法（昭和25年法律第144号）による被保護世帯に属する者 全額

2 前項第1号に該当する者は、次条、第8条及び第9条の規定に基づき減額又は免除を受けるものとする。

3 第1項第2号に該当する者は、予防接種を受ける際に、当該事項を証する書類の原本又は写しを実施医療機関に提出しなければならない。

（住民税非課税世帯確認申請及び決定）

第7条 前条第1項第1号の規定により負担金の減額を受けようとする者は、予防接種を受ける前に東かがわ市带状疱疹予防接種住民税非課税世帯確認申請書（様式第3号。以下この条において「申請書」という。）を市長に提出し、要件に該当することの確認を受けるものとする。

2 申請日の属する年（申請日が1月から6月までの場合は、前年）の1月1日現在において市内に住所を有しない者については、市民税関係情報の取得に関する同意書（様式第4号）又は当該日において住所を有する市町村において交付された市町村民税非課税世帯者であることの証明書を前項の申請書に添付しなければならない。

3 市長は、申請書の提出があった場合は、その内容を審査し、該当すると確認したときは、東かがわ市带状疱疹予防接種住民税非課税世帯確認通知書（様式第5号。以下「通知書」という。）により申請者に通知するものとする。

4 前項の規定により予防接種に係る住民税非課税世帯の決定を受けた者は、予防接種を受ける際に実施医療機関に前項の通知書を提出しなければならない。

5 前項の場合において、次の各号のいずれかを予防接種を受ける際に実施医療機関へ提出し、前条第1項第1号の要件に該当すると確認できる場合は、第3項の通知書に代えることができる。

(1) 接種する日の属する年度（接種する日の属する月が4月から7月までの場合にあっては、前年度）の介護保険納入通知書の写し。ただし、東かがわ市介護保険条例（平成15年条例第99号）第10条に規定する保険料に関する申告が未申告である場合はこの限りでない。

(2) 有効期限内の介護保険負担限度額認定証の写し

（給付金の申請）

第8条 市長は、第6条第1項の規定により負担金が減額又は免除となる者が予防接種を行い、実

施医療機関に第5条の負担金を支払ったときは、負担金から第6条第1項各号に規定する額を差し引いた額を給付金として支給することができる。

2 前項の規定により給付金の支給を受けようとする者は、東かがわ市带状疱疹予防接種費用給付金支給申請書（様式第6号）に、予防接種に要した費用の領収書及び予防接種を受けたことを証する書類を添えて、当該予防接種を受けた日の属する年度の末日までに市長に提出しなければならない。

3 市長は、前項の規定による申請書の提出があったときは、その内容を審査し、支給することが適当であると認められたときは、東かがわ市带状疱疹予防接種費用給付金支給決定通知書（様式第7号）により申請者に通知するものとする。

（請求書の提出及び給付金の交付）

第9条 前条3項の規定により予防接種に係る給付金の支給の決定を受けた者は、速やかに東かがわ市带状疱疹予防接種費用給付金請求書（様式第8号）を市長に提出しなければならない。

2 市長は、前項の規定による請求があったときは、速やかに給付金を支給するものとする。

（委託料の支払等）

第10条 実施医療機関は、予防接種を行った月の翌月10日までに市が指定する請求書に予診票の原本を添付して市長に請求しなければならない。

2 市長は、前項の規定による請求があった日から30日以内に当該医療機関に対して委託料として支払うものとする。

（予防接種済証の交付）

第11条 実施医療機関は、予防接種を実施したときは、東かがわ市带状疱疹予防接種済証を被接種者に交付するものとする。

（不正利得の返還）

第12条 市長は、虚偽の申請その他不正な手段により予防接種を受け、又は給付金を受けたと認めるときは、その者に対して予防接種費用又は給付金の全部又は一部を返還させることができる。

（その他）

第13条 この要綱に定めるもののほか、必要な事項は、別に定める。

附 則

（施行期日）

1 この告示は、令和7年4月1日から施行する。

（経過措置）

- 2 令和7年4月1日から令和8年3月31日までの間における第2条第1号の規定の適用については、「65歳の者」とあるのは「令和7年3月31日において100歳以上の者及び同年4月1日から令和8年3月31日までの間に65歳、70歳、75歳、80歳、85歳、90歳、95歳又は100歳となる者」とする。
- 3 令和8年4月1日から令和12年3月31日までの間における第2条第1号の規定の適用については、「65歳の者」とあるのは「65歳、70歳、75歳、80歳、85歳、90歳、95歳又は100歳となる日の属する年度の初日から当該年度の末日までの間にある者」とする。

別表（第5条関係）

ワクチンの種類	自己負担金（1回分）
乾燥弱毒生水痘ワクチン（生ワクチン）	2,600円
乾燥組換え帯状疱疹ワクチン（不活化ワクチン）	6,600円

様式第1号（第4条関係）

1 回目用

東かがわ市帯状疱疹予防接種予診票

診察前の体温	度	分
生年月日		
年齢・性別	満	歳 か月（男・女）
電話番号		

質問事項	回答欄		医師記入欄
帯状疱疹の予防接種を受けたことがありますか。	いいえ	はい	
（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、接種年月日を記載してください。 （注1）ワクチンの種類は①シングリックス（組換えワクチン）、②乾燥弱毒生水痘ワクチン「ビケン」 （生ワクチン）、③その他のうち、いずれか一つを○で囲んでください。	① / ② / ③		
	年 月 日		
今日の帯状疱疹の予防接種について市から配られ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（ ）	いいえ	はい	
治療（投薬など）を受けていますか。	いいえ	はい	
その病気の主治医には、今日の予防接種を受けてもよいと言われましたか。	いいえ	はい	
免疫不全と診断されたことがありますか。	いいえ	はい	
今日、体に具合の悪いところがありますか。	いいえ	はい	
具合の悪い症状を書いてください。（ ）	いいえ	はい	
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。	いいえ	はい	
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。	いいえ	はい	
予防接種の種類（ ）	いいえ	はい	
ひきつけ（けいれん）を起こしたことがありますか。	いいえ	はい	
1か月以内に予防接種を受けましたか。	いいえ	はい	
予防接種の種類（ ）	いいえ	はい	
心臓病、腎臓病、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。	いいえ	はい	
病名（ ）	いいえ	はい	
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。	いいえ	はい	
病名（ ）	いいえ	はい	
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。	いいえ	はい	
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 ） 本人に対して、予防接種の効果、副反応及び予防接種健康被害救済制度について、説明した。 医師の署名又は記名押印 _____
-------	--

被接種者の記入欄（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、予防接種の効果や副反応などについて理解した上で、接種を希望しますか。（希望します・希望しません）
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、本予診票が市に提出されることに同意します。

令和 年 月 日 本人自署 _____ 代筆者氏名 _____ 続柄 _____

（※自署できない場合は代筆者が本人自署欄に代筆した上で、代筆者氏名および本人との続柄を記載）

ワクチンメーカー名、ロット番号	接種方法		接種量	実施場所・医師名・接種年月日	
ワクチン名 Lot No. (注)有効期限が切れていないか要確認	シングリックス	乾燥弱毒生水痘 ワクチン 「ビケン」 皮下注射	0.5ml	実施場所 医師名 接種年月日	令和 年 月 日

（切り取り）

東かがわ市帯状疱疹予防接種済証		（本人控え用）	
被接種者氏名 _____ 様	接種回数	（ 1 ）回目	
実施場所 _____	ワクチン名／ロット番号（ _____ ）		
医師名 _____			
接種年月日 令和 年 月 日	香川県東かがわ市長		

2 回目の乾燥組換え帯状疱疹ワクチンを接種時に、必ずこの接種済証を持参してください。

様式第2号（第4条関係）

シングリックス（組換えワクチン）2回目
用

東かがわ市带状疱疹予防接種予診票

診察前の体温	度	分
生年月日		
年齢・性別	満	歳 か月（男・女）
電話番号		

質問事項	回答欄		医師記入欄
带状疱疹の予防接種を受けたことがありますか。	いいえ	はい	
（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、接種年月日を記載してください。 （注1）ワクチンの種類は①シングリックス（組換えワクチン）、②乾燥弱毒生水痘ワクチン「ビケン」 （生ワクチン）、③その他のうち、いずれか一つを○で囲んでください。	① / ② / ③ 年 月 日		
今日の带状疱疹の予防接種について市から配られ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（ ）	いいえ	はい	
治療（投薬など）を受けていますか。	いいえ	はい	
その病気の主治医には、今日の予防接種を受けてもよいと言われましたか。	いいえ	はい	
免疫不全と診断されたことがありますか。	いいえ	はい	
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。（ ）	いいえ	はい	
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。	いいえ	はい	
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（ ）	いいえ	はい	
ひきつけ（けいれん）を起こしたことがありますか。	いいえ	はい	
1か月以内に予防接種を受けましたか。 予防接種の種類（ ）	いいえ	はい	
心臓病、腎臓病、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（ ）	いいえ	はい	
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（ ）	いいえ	はい	
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。	いいえ	はい	
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 ） 本人に対して、予防接種の効果、副反応及び予防接種健康被害救済制度について、説明した。 医師の署名又は記名押印 _____
-------	--

被接種者の記入欄（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、予防接種の効果や副反応などについて理解した上で、接種を希望しますか。（希望します・希望しません）
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、本予診票が市に提出されることに同意します。

令和 年 月 日 本人自署 _____ 代筆者氏名 _____ 続柄 _____

（※自署できない場合は代筆者が本人自署欄に代筆した上で、代筆者氏名および本人との続柄を記載）

ワクチンメーカー名、ロット番号	接種方法	接種量	実施場所・医師名・接種年月日
ワクチン名 Lot No. （注）有効期限が切れていないか要確認	シングリックス 筋肉内注射	0.5ml	実施場所 医師名 接種年月日 令和 年 月 日

（切り取り）

東かがわ市带状疱疹予防接種済証 （本人控え用）

被接種者氏名 _____ 様 接種回数 （ 2 ） 回目

実施場所 _____

医師名 _____ ワクチン名／ロット番号 （ _____ ）

接種年月日 令和 年 月 日 香川県東かがわ市長

様式第 3 号 (第 7 条関係)

東かがわ市带状疱疹予防接種 住民税非課税世帯確認申請書

東かがわ市長

様

带状疱疹予防接種の自己負担金の減額のための住民税非課税世帯確認通知書の発行を申請します。

なお、確認のため、世帯員の課税状況に関する情報につき、東かがわ市が確認することに同意します。

※接種時の年齢が満 60 歳以上 65 歳未満の方は、障害要件 (* 3) に該当する場合のみ申請ができます。

年 月 日

対象者 (予防接種 を受ける方)	ふりがな		生年月日
	氏 名		年 月 日
	住 所	東かがわ市 (Tel - -)	
申請者 (窓口に来 られた方)	ふりがな		生年月日
	氏 名		年 月 日
	住 所	(Tel - -)	

本人確認【 免 ・ マイ ・ パス ・ 保 ・ 年 ・ その他 () 】

* 1 同一世帯でない方が申請する場合は、「委任状」が別途必要です。

* 2 所得がなくても、申告していない方は税務課等で申告していただくことがあります。

* 3 障害要件：ヒト免疫不全ウイルスによる免疫の機能の障害で障害者手帳 1 級程度

* 4 該当年 1 月 1 日時点での住所が東かがわ市以外の場合は、「同意書」への署名が別途必要となります。

様式第4号（第7条関係）

東かがわ市長 様

年 月 日

同意書

東かがわ市が予防接種法第28条に基づく実費の徴収の決定に関する事務手続を処理するために限り 年度の地方税関係情報を取得することに同意します。

なお、本書の複写は無効であり、本書の提出の際の事務処理に限って同意することを申し添えます。

同意者 (被接種者)	フリガナ	
	氏名	
	生年月日	
	住所	
同意者	被接種者との続柄	
	フリガナ	
	氏名	
	生年月日	
	住所	☐ 被接種者と同居
同意者	被接種者との続柄	
	フリガナ	
	氏名	
	生年月日	
	住所	☐ 被接種者と同居

(裏面を確認してください)

同意者	被接種者との続柄	
	フリガナ	
	氏名	
	生年月日	
	住所	☐ 被接種者と同居
同意者	被接種者との続柄	
	フリガナ	
	氏名	
	生年月日	
	住所	☐ 被接種者と同居
同意者	被接種者との続柄	
	フリガナ	
	氏名	
	生年月日	
	住所	☐ 被接種者と同居

(記載要領)

- 1 同意者が自ら署名を行うこと。
- 2 代理人が同意書に署名する場合、本人からの委任状をとること。
- 3 被接種者と同居している場合、住所の記入は省略してもよい。
- 4 同意が必要な者の数が署名欄より多い場合は欄外に記載して差し支えない。

様式第5号（第7条関係）

東かがわ市帯状疱疹予防接種住民税非課税世帯確認通知書

下記の者が、帯状疱疹予防接種の住民税非課税世帯対象者であることを確認しました。

年 月 日

東かがわ市長 上村 一郎

対象者	ふりがな		生 年 月 日
	氏 名		大・昭 年 月 日
	住 所	東かがわ市 (Tel - -)	

- この確認書は接種当日、必ず受診する医療機関等にご持参ください。
- この確認証は接種1回につき、1枚必要です。
- この確認書に公印がない場合は、無効です。

医療機関の方へ：帯状疱疹予防接種予診票にこの確認書を添付してご請求ください。

様式第 6 号（第 8 条関係）

東かがわ市带状疱疹予防接種費用給付金支給申請書

年 月 日

東かがわ市長 様

(申請者) 住 所 東かがわ市
氏 名
電話番号

带状疱疹予防接種に係る給付金の支給を受けたいので、東かがわ市带状疱疹予防接種実施要綱第 8 条第 2 項に基づき、次のとおり申請します。

フリガナ		生年月日	年 月 日
氏 名			
申請の内訳	予防接種日		金 額
	年 月 日		円
予防接種を受けた 医療機関の名称			
備 考			

申請用添付書類

① 带状疱疹ワクチン接種をした医療機関の領収書

- (1)被接種者氏名 (2)接種年月日 (3)領収金額 (4)医療機関の名称
(5)領収印が記載されていること

② 医療機関から発行される「東かがわ市带状疱疹予防接種済証」の写し

③ 東かがわ市带状疱疹予防接種住民税非課税世帯確認通知書又は生活保護受給証明書

第 号
年 月 日

様

東かがわ市長 印

東かがわ市带状疱疹予防接種費用給付金支給決定通知書

年 月 日付で申請のありました带状疱疹接種費用給付金につきましては、下記のとおり支給することを決定したので通知します。

記

給付金支給決定額 金 円

支給予定年月日 年 月 日

東かがわ市帯状疱疹予防接種費用給付金請求書

年 月 日

東かがわ市長 様

住 所 東かがわ市

氏 名 印

次のとおり带状疱疹予防接種に係る給付金を請求します。

1 請求金額 金 _____ 円

2 振込先

金融機関名	銀行 支店 農協 支所										
預金種別	当座・普通	口座 番号									
(フリガナ)											
口座名義											