

令和7年度 予防接種事業説明資料

I 令和7年度定期予防接種事業実施について

- 1 令和7年度出雲市定期予防接種委託料について———p. 2
- 2 定期予防接種（A類）の実施について———p. 2
- 3 定期予防接種B類 高齢者肺炎球菌予防接種の実施について———p. 4
- 4 定期予防接種B類 高齢者帯状疱疹予防接種の実施について———p. 4
- 5 令和7年度定期予防接種業務委託契約について———p. 5
- 6 委託料請求・支払について———p. 5
- 7 その他———p. 6

II おたふくかぜワクチン任意予防接種費用の助成制度実施について

- 1 令和7年度おたふくかぜワクチン任意予防接種費用の助成制度実施について
———p. 7
- 2 助成方法について———p. 7
- 3 おたふくかぜワクチン「第一三共」の欠品に伴う助成券の有効期限
延長について———p. 8
- 4 おたふくかぜ任意予防接種費用助成金代理受領に関する覚書について
———p. 8
- 5 費用の請求・支払について———p. 8
- 6 その他———p. 9

III その他

- 1 妊娠を希望する女性等への風しん予防接種費用助成について———p. 9
- 2 風しんの追加的対策
(無料クーポン券による抗体検査・予防接種)の終了について———p. 10

IV 資料

- 資 料———p. 11

<お問い合わせについて>

令和7年度の出雲市予防接種事業実施に関するおたずね等がありましたら、様式集の最後の質問票に必要事項を記入のうえ、**3月18日(火)までに健康増進課へメールまたはFAX**にて提出してください。

取りまとめのうえ、すべての医療機関へ後日回答します。

時間の都合上、説明会では質疑の時間を設けておりませんのでご了承ください。

【メールで提出される場合は、市ホームページから様式をダウンロードしてください。】

出雲市ホームページ > 左上の検索窓に「予防接種 請求書等様式」と入力し、検索
> 「令和6年度 出雲市予防接種委託料請求書等様式について【健康増進課】」

I 令和7年度定期予防接種事業実施について

実施期間：令和7年(2025)4月1日～令和8年(2026)3月31日

実施内容：A類16種、B類2種について実施（詳細は実施要領のとおり）

※B類 高齢者インフルエンザ・高齢者新型コロナウイルス感染症の定期予防接種事業実施については、令和7年夏頃に別途通知予定

1 令和7年度出雲市定期予防接種委託料について（【資料1】p.11）

既存の定期接種について令和6年度から変更ありません。

※金額については、資料1をご覧ください。

2 定期予防接種（A類）の実施について（実施要領【資料2】p.12）

（1）概要

実施期間：令和7年(2025)4月1日～令和8年(2026)3月31日

対象ワクチン：A類16種（詳細は実施要領のとおり）

対象者：ワクチンごとに対象者が異なります。実施要領別紙1（p.16-18）参照

予診票：7歳半までの予防接種：予防接種手帳に綴って出生時に保護者にお渡ししています。

予診票を個別に送付する予防接種：日本脳炎2期・二種混合
※発送時期等詳細については個別通知一覧（p.2-3）参照

予診票を病院でお渡しできる予防接種：HPV、日本脳炎特例
※詳細は「7 その他」参照（p.6）

助成回数：ワクチンによって異なります。接種開始年齢等によってその後の接種回数や間隔が変わるものがありますのでご注意ください。

詳細は実施要領別紙1（p.16-18）参照

費用：無料

令和7年度A類個別通知一覧

①麻しん風しん混合（MR）第2期

対象者：平成31年(2019)4月2日生～令和2年(2020)4月1日生

接種期間：令和7年(2025)4月1日～令和8年(2026)3月31日

（小学校就学前の1年間）

送付時期：令和7年4月下旬頃に案内文を送付予定

※予診票は予防接種手帳に入っているため送付しません。

②二種混合（DT）

対象年齢： 満11歳から13歳未満
通知対象者： 令和7年度に小学6年生になる児童
（平成25年(2013)4月2日生～平成26年(2014)4月1日生）
送付時期： 令和7年6月下旬頃に案内文と予診票を送付予定

③日本脳炎第2期

対象年齢： 満9歳から13歳未満
通知対象者： 令和7年度に小学4年生になる児童
（平成27年(2015)4月2日生～平成28年(2016)4月1日生）
送付時期： 令和7年6月下旬頃に案内文と予診票を送付予定

④HPVワクチン（定期接種）

通知対象者： 令和7年度に小学6年生、中学1年生、高校1年生になる女子
①平成24年(2012)4月2日生～平成26年(2014)4月1日生
②平成21年(2009)4月2日生～平成22年(2010)4月1日生
送付時期： 令和7年5～6月頃に案内文を送付予定
※予診票は送付しません。（医療機関または市役所窓口で交付）
※令和8年度以降は小学6年生、高校1年生に送付予定です。

【注意】日本脳炎の特例対象者については、令和6年度に特例措置の最終学年となる対象者への個別通知が完了したため、令和7年度からは通知を行いません。
ただし、全対象者が20歳になるまで特例接種は実施します。
対象：「平成17年4月2日～平成19年4月1日生まれ」かつ「20歳未満」

(2) HPVワクチンのキャッチアップ接種に係る経過措置について

当初は令和7年3月31日を期限としていましたが、夏以降の需要の大幅な増加を踏まえ、キャッチアップ接種期間中に1回以上接種した方については、期間終了後も公費で3回の接種を完了できるよう、経過措置が設けられることとなりました。

①経過措置の対象者（別紙資料【資料14】p.43-44を併せてご確認ください。）

平成9年4月2日～平成21年4月1日生まれの女子でキャッチアップ接種期間中（令和4年4月1日～令和7年3月31日）にHPVワクチンを1回以上接種した者

【注意】対象の年齢であっても、令和4年4月1日～令和7年3月31日の間にHPVワクチンを1回も接種していない方は公費で接種することができません。

②経過措置の期間

令和8年3月31日まで

3 定期予防接種B類 高齢者肺炎球菌予防接種の実施について

(実施要領【資料3】p.20-22)

(1) 実施期間：令和7年(2025)4月1日～令和8年(2026)3月31日

(2) 対象者

①接種日年齢が65歳の方

②接種日年齢が60歳から65歳未満の方で、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や、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がある方

(概ね、身体障がい者障がい程度等級1級に相当する者…【資料4】p.23-24)

※高齢者肺炎球菌予防接種意見書【様式集④】が必要

(3) 送付時期：65歳の誕生月の翌月に案内文と予診票を送付する予定です。

予診票には氏名・住所・生年月日を印字します。

(4) 接種回数：1回

(5) 自己負担金：3,000円

※接種日時点において、生活保護世帯の方は「高齢者肺炎球菌予防接種自己負担金免除申請書・同意書」【様式集⑤】の記入により無料

《注意事項》

①今までに23価高齢者肺炎球菌ワクチン(ニューモバックス)の接種を受けたことがある方は対象とならない。

4 定期予防接種B類 高齢者帯状疱疹予防接種の実施について

(実施要領【資料5】p.25-28)

※詳細については別冊資料「高齢者帯状疱疹予防接種の実施について」をご確認ください。

(1) 実施期間：令和7年(2025)4月1日～令和8年(2026)3月31日

(2) 対象者

①年度内に65歳になる方

②接種日年齢が60歳から65歳未満の方で、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がある方

(概ね、身体障がい者障がい程度等級1級に相当する者…【資料4】p.24)

※高齢者帯状疱疹予防接種意見書【様式集⑥】が必要

③年度内に70,75,80,85,90,95,100歳になる方(今後5年間の経過措置)

※令和7年度に限り、100歳以上の方は全員対象となります。

(3) 送付時期：4月下旬頃に案内文と予診票を送付する予定です。

(4) 接種回数：1回または2回(ワクチンによって異なります。)

(5) 自己負担金：4,000円または9,000円(ワクチンによって異なります。)

※接種日時点において、生活保護世帯の方は「高齢者帯状疱疹予防接種自己負担金免除申請書・同意書」【様式集⑦】の記入により無料

5 令和7年度定期予防接種業務委託契約について

実施の意向について意向調査書【様式集①】、承諾書【様式集②】及び予防接種を行う医師の氏名【様式集③】に必要事項を記載のうえ3月21日（金）までに出雲市健康増進課へ提出してください。

- 承諾書への医師の署名・押印は不要です。承諾書には代表者名をご記入ください。
- 「予防接種を行う医師の氏名」は署名・押印は不要となりますので、事務担当者が一括して記入いただいて構いません。

※提出方法はメール、FAX、郵送又は持参のいずれの方法でも構いません。

メールでの提出を希望される場合、意向調査書等の様式は出雲市ホームページに掲載していますので、ダウンロードしてご使用ください。

出雲市ホームページ > 左上の検索窓に「予防接種 請求書等様式」と入力し検索
> 「令和6年度 出雲市予防接種委託料請求書等様式について【健康増進課】

※出雲医師会加入医療機関については、出雲医師会長を契約の相手方とし、手続きを進めます。その他の医療機関については、個別での契約になります。

6 委託料請求・支払について

(1) 医療機関にて接種月毎に取りまとめのうえ、接種月の翌月20日（必着）までに出雲市健康増進課へ提出（送付先：出雲市役所 健康増進課 予防接種担当係）してください。

- ・請求先：出雲市長（請求・請求内訳書記入例【資料6～8】p.29-32）
- ・請求書に同封する予診票は種類別にまとめ、請求内訳表には予診票と同じ順番で記入してください。
- ・代表者名や振込先口座等の変更があった場合は速やかにご連絡ください

（注）令和6年度3月実施分の請求日については、4月以降の日付ではなく、「3月中の日付」としてください。

(2) 各医療機関からの請求に基づき、下記のとおり支払をします。

定期接種A類については「実施月の翌々月の20日までに支払」

〔例：4月接種実施⇒6月20日支払〕

定期接種B類については「実施月の翌々月末までに支払」

〔例：4月接種実施⇒6月末支払〕

※請求の締め切りを過ぎてしまうと、上記の通りにお支払することができない場合があります。万が一、請求の遅れ等が生じた際は市健康増進課までご一報ください。

※令和6年度実施分の請求最終受付は「4月18日（金）」です。期限厳守で
よろしく申し上げます。（高齢者新型コロナ予防接種は「4月30日（水）」まで

7 その他

(1) 予診票の再交付について

重複接種を避けるため、紛失等の際に予診票を再交付する場合は、原則として市健康増進課窓口（または各行政センター窓口）にて母子手帳の接種履歴を確認のうえ交付します。電子申請も可能です。（「出雲市 予診票 電子申請」で検索できます。）

但し、次のケースについては、各医療機関での交付をお願いします。

①HPVワクチン（小学6年生～高校1年生相当の女子、キャッチアップ対象者）

(a)平成21年(2009)4月2日～平成26年(2014)4月1日生まれの女子

(b)平成9年(1997)4月2日～平成21年(2009)4月1日生まれの女子

②日本脳炎ワクチンの特例対象者（1期・2期特例）

平成17年(2005)4月2日～平成19年(2007)4月1日生まれかつ20歳未満

③全ての予防接種について、体調不良等で接種ができなかった場合

※各医療機関にて上記予診票が不足する場合は、郵送しますので健康増進課（TEL0853-21-6829）までご連絡ください。

B類定期接種の予診票の再交付についてはワクチンごとに対応が異なるため、それぞれの実施要領をご確認ください。

(3) 長期療養により定期予防接種が受けられなかった場合について

予防接種法に基づく定期予防接種については、接種対象年齢が定められています。しかし、「定期予防接種対象であった期間に、長期にわたり療養を必要とする疾病にかかったこと等により、やむを得ずその予防接種を受けることができなかったと認められる方」については、対象年齢を過ぎても定期予防接種を受けることができます。

対象者（対象となる疾病 【資料9】 p.33-35

①出雲市に住民登録されている方

②長期にわたる療養を必要とする病気にかかっていたことなど、特別な事情があって対象年齢期間に予防接種が出来ず、その病気が治癒するなど特別な事情がなくなった日から起算して2年以内の方（高齢者肺炎球菌および高齢者帯状疱疹については、特別な事情がなくなった日から起算して1年以内）

（注）BCGは3歳（4歳の誕生日前日）まで、小児用肺炎球菌は5歳（6歳の誕生日前日）まで、ヒブは9歳（10歳の誕生日前日）まで、四種混合及び五種混合は14歳（15歳の誕生日前日）までです。

手続き方法

①主治医が理由書【様式集⑪】を記入する。

②被接種者が①の理由書を添付し、申請書【様式集⑫】を市へ送付する。

③市は理由書・申請書を確認し、承認後、被接種者へ決定通知書を2部交付する。

④被接種者は1部の決定通知書を医療機関へ提出し、接種を受ける。

⑤医療機関は、請求の際に決定通知書を一緒に送付する。

(4) 予防接種後副反応疑い報告について

予防接種後に、医療機関において予防接種後副反応疑い報告基準（【資料10】p.36-37）に該当する者を診断した場合は、「電子報告システム」から報告してください。記載誤り等防止の観点からも電子報告をご利用ください。

電子報告が困難な場合は、予防接種後副反応疑い報告書【様式集⑬】を記入し、速やかに独立行政法人医薬品医療機器総合機構へFAXにて報告してください。

(FAX番号：0120-176-146)

※出雲市健康増進課 (Tel 0853-21-6829) へもご一報をお願いします。

◆独立行政法人医薬品医療機器総合機構「電子報告システム」

[医薬関係者からの報告 | 独立行政法人 医薬品医療機器総合機構 \(pmda.go.jp\)](#)

◆厚生労働省HP 予防接種後副反応疑い報告制度

[予防接種法に基づく医師等の報告のお願い | 厚生労働省 \(mhlw.go.jp\)](#)

II おたふくかぜワクチン任意予防接種費用の助成制度実施について

1 令和7年度おたふくかぜワクチン任意予防接種費用の助成制度実施について

(実施要領【資料11】(p.38-40))

- (1) 実施期間：令和7年(2025)4月1日～令和8年(2026)3月31日
- (2) 対象者：予防接種当日に出雲市に住民票のある1歳児
- (3) 助成方法：助成券（【資料12】p.41）方式
- (4) 助成券送付時期：1歳を迎えた方に誕生月の翌月送付
- (5) 助成回数：1回
- (6) 助成額：2,000円
- (7) 接種期限：2歳の誕生日の前日
- (8) 実施医療機関：市内医療機関

2 助成方法について

助成券方式で実施します。

[手順]

- (1) 市から対象者に対し、助成券を個別に郵送する。(誕生月の翌月に発送します)
- (2) 対象者は、実施医療機関へ助成券を持参して予防接種を受ける。
- (3) 対象者は、医療機関窓口で助成額2,000円を差し引いた自己負担額を支払う。
- (4) 医療機関は、市に対して助成金を請求する。

《注意事項》※償還払い方式による助成は、実施しません。

3 おたふくかぜワクチン「第一三共」の欠品に伴う助成券の有効期限延長について

おたふくかぜワクチン「第一三共」について、製造上の問題が生じたことから出荷を見合わせるため、令和7年3月以降ワクチンが欠品する旨報告がありました。それに伴い、下記の方を対象に助成券の有効期限を延長します。

- (1) 対象者：令和5年(2023)2月1日～令和6年(2024)9月30日生まれの児
(ワクチンの欠品及び限定出荷の時期に助成対象となる児)
- (2) 接種期限：3歳の誕生日の前日
- (3) 助成券：令和7年3月発送分からの助成券の有効期限を「3歳の誕生日前日まで」と変更しています。
既に助成券を発送済みで未接種の方については有効期限延長のお知らせを別途個別通知します。
※助成額、請求方法については変更ありません。

4 おたふくかぜ任意予防接種費用助成金代理受領に関する覚書について

実施の意向について意向調査書【様式集⑧】、承諾書【様式集⑨】及び予防接種を行う医師の氏名【様式集⑩】に必要事項を記載のうえ3月21日(金)までに出雲市健康増進課へ提出してください。

- 承諾書への医師の署名・押印は不要です。承諾書には代表者名をご記入ください。
- 「予防接種を行う医師の氏名」は署名・押印は不要となりますので、事務担当者が一括して記入いただいて構いません。

※メール、FAX、郵送又は持参のいずれの方法でも構いません。

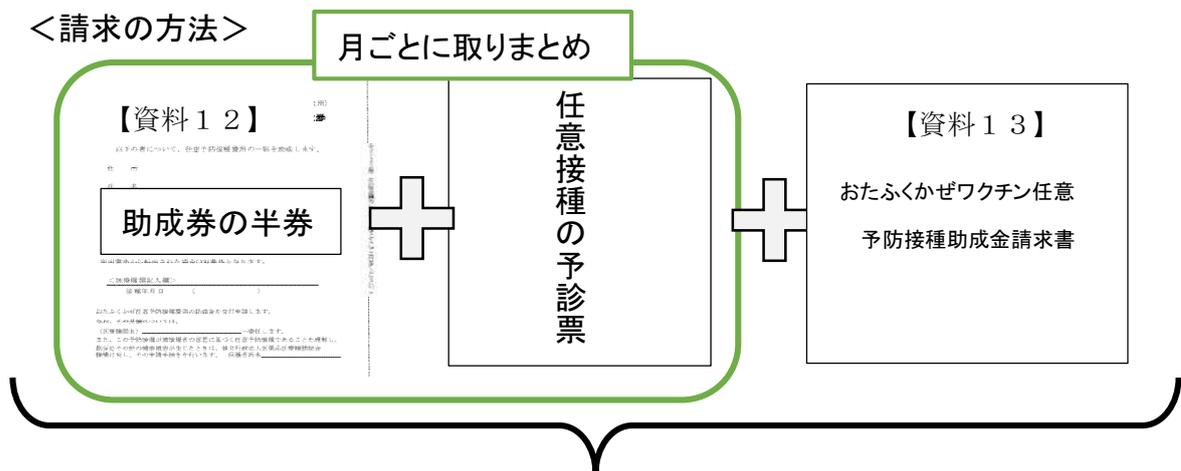
メールでの提出を希望される場合、意向調査書等の様式は出雲市ホームページに掲載していますので、ダウンロードしてご使用ください。

出雲市ホームページ > 左上の検索窓に「予防接種 請求書等様式」と入力し検索
> 「令和6年度 出雲市予防接種委託料請求書等様式について【健康増進課】

※出雲医師会加入医療機関については、出雲医師会長を契約の相手方とし、手続きを進めます。その他の医療機関については、個別での契約になります。

5 費用の請求・支払について

- (1) 医療機関にて、接種月毎に取りまとめのうえ、「請求書」に「助成券の半券」と「予防診療」を同封し、接種月の翌月20日(必着)までに出雲市健康増進課へ提出(送付先:出雲市役所 健康増進課 予防接種担当係)してください。
(請求書【資料13】p.42)
・代表者名や振込先口座等の変更があった場合は速やかにご連絡ください。



実施の翌月20日までに**出雲市健康増進課**へ(例:4月実施分⇒5月20日請求締切)

(2) 各医療機関からの請求に基づき、下記のとおり支払をします。

「**実施月の翌々月末支払**」

〔例：4月接種実施⇒5月20日までに請求⇒6月末支払〕

※請求の締め切りを過ぎてしまうと、上記の通りにお支払することができない場合があります。万が一、請求の遅れ等が生じた際は市健康増進課までご一報ください。

6 その他

任意予防接種であるおたふくかぜワクチンの接種によって健康被害が生じた場合、独立行政法人医薬品医療機器総合機構法に基づく救済を受けることができます。

なお、おたふくかぜワクチンを他の定期予防接種のワクチンと同時接種した結果、健康被害が生じた場合、予防接種法に基づく健康被害救済制度による給付を受けられることがあります。

Ⅲ その他

1 妊娠を希望する女性等への風しん予防接種費用助成について

妊娠中の女性への風しん感染による先天性風しん症候群の発生の予防を目的として予防接種に要する費用の一部助成を実施しています。下記の対象者に該当する方が予防接種を受けられる際には、情報提供いただきますようお願いいたします。

- 対象者
- (1) 妊娠を希望する女性（抗体価が低い方）
 - (2) 妊娠を希望する女性（抗体価が低い方）の配偶者・同居者
 - (3) 妊娠中の女性（抗体価が低い方）の配偶者・同居者
- ※（2）（3）は女性の抗体価が低い場合のみ対象となります。

- 助成額
- (1) 麻しん風しん混合（MR）ワクチン 5,000 円
 - (2) 風しん単独ワクチン 3,000 円

2 風しんの追加的対策（無料クーポン券による抗体検査・予防接種）の終了について

「風しんの追加的対策」（無料クーポン券による風しんの抗体検査・予防接種）は、令和7年3月末をもって終了します。

事業の終了にあたり、請求先が変更となります。島根県国民健康保険団体連合会における請求処理は、令和7年3月10日（必着）をもって終了しました。令和7年3月に実施した抗体検査及び予防接種の委託料については、下記のとおり、「出雲市」へ請求してください。

請求先	提出期限
出雲市健康増進課	令和7年4月10日（必着）

【留意事項】

- ①請求の日付は、令和6年度中の日付（令和7年3月31日まで）としてください。
- ②「請求年月」は「2025年3月分」としてください。
- ③他の定期予防接種（子ども・高齢者）とは請求期日が異なりますのでご注意ください。
- ④「請求漏れ」等の理由で請求期日から遅れて提出されたものについては、委託料をお支払いすることができません。予診票の集計漏れ等がないようご注意ください。

令和7年度 出雲市定期予防接種委託料金表(1件当たり)

※下表の金額はワクチン代及び消費税を含んだ額とする。

区分	種 類	年 齢 等	委託料単価	
			ワクチン	金額
A類	接種完了者	ロタウイルス	ロタリックス(1価ワクチン)	15,850円
			ロタテック(5価ワクチン)	10,830円
		5種混合	3歳未満	22,890円
			3歳以上	21,220円
		小児用肺炎球菌		12,280円
		B型肝炎	ビームゲン 0.25ml	8,980円
			ビームゲン 0.5ml (2人で使用)	8,120円
			ビームゲン 0.5ml (1人で使用)	9,220円
			ヘプタボックス 0.25ml	9,050円
			ヘプタボックス 0.5ml ※0.5mlシリンジ使用は、長期療養者 (10歳以上)の場合のみ	9,300円
		BCG		13,980円
		水痘		11,640円
		麻しん風しん混合	3歳未満	13,490円
			3歳以上	11,820円
		日本脳炎	6歳未満	8,680円
			6歳以上	7,930円
		二種混合		6,210円
		HPV	サーバリックス(2価) ガーダシル(4価)	16,970円
			シルガード9(9価)	30,910円
		ヒブ		9,220円
		4種混合	3歳未満	13,910円
			3歳以上	12,230円
		3種混合	3歳未満	8,370円
			3歳以上	6,700円
		不活化ポリオ	3歳未満	12,600円
			3歳以上	10,920円
		麻しん	3歳未満	9,910円
			3歳以上	8,240円
風しん	3歳未満	9,910円		
	3歳以上	8,240円		
接種不可者		3歳未満	5,160円	
		3歳以上	3,860円	

区分	種 類	ワクチン	世帯	自己負担金	委託料単価	
B類	接種完了者	高齢者肺炎球菌	一般	3,000円	5,100円	
			生活保護	—	8,100円	
		高齢者帯状疱疹	ビケン	一般	4,000円	5,600円
				生活保護	—	9,600円
			シングリックス	一般	9,000円	14,000円
				生活保護	—	23,000円
接種不可者		—	—	2,000円		

※高齢者肺炎球菌予防接種については、接種完了者から3,000円の自己負担金を徴収する。

※高齢者帯状疱疹予防接種については、接種完了者から4,000円または9,000円の自己負担金を徴収する。

ただし、被接種者が生活保護世帯に属する場合は徴収しない。

【資料 2】

令和 7 年度(2025) 定期予防接種 (A 類) 実施要領 令和 7 年 4 月 1 日

1. 目的

この要領は、出雲市が実施する個別接種を円滑に行うことを目的とする。

2. 実施主体

出雲市

3. 実施期間

令和 7 年(2025) 4 月 1 日から令和 8 年(2026) 3 月 3 1 日まで

4. 接種対象者

別紙 1 のとおり

5. 接種の種類

- (1) ロタウイルス
- (2) 五種 (ジフテリア、百日咳、破傷風、ポリオ、ヒブ) 混合
- (3) 小児用肺炎球菌
- (4) B 型肝炎
- (5) B C G
- (6) 水痘
- (7) 麻しん風しん混合
- (8) 麻しん
- (9) 風しん
- (10) 日本脳炎
- (11) 二種 (ジフテリア、破傷風) 混合
- (12) 子宮頸がん (HPV)
- (13) ヒブ (インフルエンザ菌 b 型)
- (14) 四種 (ジフテリア、百日咳、破傷風、ポリオ) 混合
- (15) 三種 (ジフテリア、百日咳、破傷風) 混合
- (16) 不活化ポリオ

6. 実施方法

医療機関に委託して実施する個別接種とする。

7. 自己負担金

なし

8. 委託料

別紙 2 のとおり

9. 実施日の設定

- (1) 予防接種の実施可能な日・時間を設定する。一度設定した実施日を変更する場合は、速やかに市へ連絡する。(個別接種実施医療機関一覧に掲載し周知するため)
- (2) 予防接種の実施にあたっては、予防接種時間または場所を一般外来とは分けて実施するなど、一般の受診者から接種対象者が感染を受けないように十分配慮する。

10. 予約制の実施

- (1) 接種希望者からの電話予約により受付する。
- (2) 予約受付の際、以下のことを確認する。
- ①接種日に出雲市民であるか。※出雲市外の者は、対象外となる。
- ②予診票は持っているか。接種の際は必ず記入することを伝える。

- | | | |
|-----|----------|-----------------|
| (a) | ロタウイルス | : 若草色 |
| (b) | 五種混合 | : さくら色 |
| (c) | 小児用肺炎球菌 | : みどり色 (青色も使用可) |
| (d) | B型肝炎 | : 桃色 |
| (e) | B C G | : うすい青色 |
| (f) | 水痘 | : サーモン色 |
| (g) | 麻しん風しん混合 | : うすい茶色 |
| (h) | 麻しん | : オレンジ色 |
| (i) | 風しん | : ピンク色 |
| (j) | 日本脳炎 | : 藤色 |
| (k) | 二種混合 | : もえぎ色 |
| (l) | HPV | : 浅葱色 |
| (m) | ヒブ | : わかたけ色 |
| (n) | 四種混合 | : うすい黄色 |
| (o) | 三種混合 | : 黄色 |
| (p) | 不活化ポリオ | : 白色 |

※予診票を持っていない者は、母子手帳を持参のうえ市（市役所健康増進課または各行政センター）まで取りに来てもらう。(電子申請も可能。)

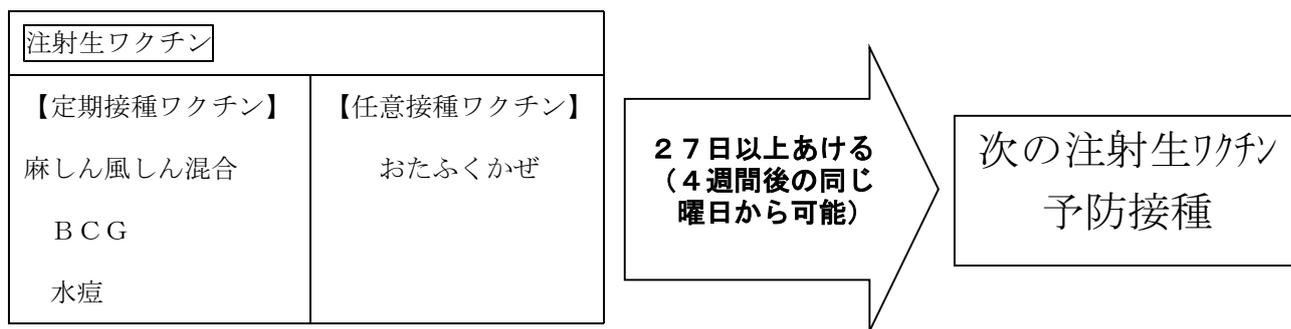
医療機関において再交付が出来る場合は以下の場合のみである。

- ・HPVワクチン
- ・日本脳炎ワクチンの特例対象者
- ・予診の結果、体調不良等で接種ができなかった場合

【資料 2】

③接種間隔に問題ないか。(回数のあるものについては必ず回数も確認すること)

(a) 他のワクチンとの間隔



④予防接種を受ける者の年齢は問題ないか。該当しない場合は、原則受付しない。

ただし、長期にわたり療養を必要とする疾病、その他特別な事情により予防接種を受けられなかった者については、当該特別な事情がなくなった日から2年を経過するまでの間、定期接種の対象者としてすることができる(BCGワクチンは4歳の誕生日前日、ヒブワクチンは10歳の誕生日前日、小児用肺炎球菌ワクチンは6歳の誕生日前日、四種混合ワクチン及び五種混合ワクチンは15歳の誕生日前日までの年齢制限あり)。
受付の際、保護者が市からの決定通知書(市提出用)を持参されていることを確認したうえで接種をする。

⑤最近、麻しん・風しん・おたふくかぜ・水痘等にかかっているか。

→ かかっている場合は、治ってから4週間以上でなければ受付しない。また水痘にかかったことがある者は水痘予防接種の対象とはならない。

⑥原則、保護者が同伴するように伝える。

1.1. 必要物品の準備

- (1) 注射器・消毒綿・体温計・舌圧子等の接種や診察に必要なもの
- (2) 救急用の器具・薬品等

1.2. 接種当日の対応

(1) 受付

出雲市民であるか再度確認する(転出があるため)。

接種者と予診票の名前、生年月日が一致しているか確認する。(兄弟姉妹等での取り違えに注意する。)

(2) 予診・診察

- ①検温、問診、診察(視診・聴診)をする。
- ②接種の可否判断をする
- ③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する。
- ④予診票に接種医師名の署名をする。(印鑑、ゴム印等は不可)
- ⑤保護者に接種意思を確認し、予診票に署名させる。

(3) 接種

- ①接種者氏名、ワクチン名、接種量、有効期限を再度確認し、接種する。

②予診票に Lot. No.、接種量、医療機関名、医師名、接種年月日を記入する。

(4) 母子健康手帳への記入事務

母子健康手帳の『予防接種の記録』の該当欄に接種年月日、ワクチンメーカー、Lot. No.、接種医師名、接種した部位名を記入する。

(5) その他

接種できなかった人には、新しい予診票を渡し、後日受けるよう案内する。

13. 委託料の請求

委託料の請求は、月単位でとりまとめ、接種月の翌月20日(必着)までに提出する。(請求書・内訳書・予診票(原本)を市に送付する。) 市は、実施月の翌々月20日までに医療機関へ委託料を支払う。

ただし、3月分の請求については、請求書の日付を3月末日とし市へ提出する。

14. 副反応・事故発生時の対応について

予防接種後に、医療機関において予防接種後副反応疑い報告基準に該当する者を診断した場合は、「電子報告システム」から予防接種後副反応疑い報告書をご提出ください。記載誤り等防止の観点からも電子報告をご利用ください。

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

※出雲市健康増進課へもご一報をお願いします

15. その他

予防接種実施にあたり疑義が生じた場合は、速やかに出雲市へ連絡しその対応について協議する。

16. 参考文献

「予防接種ガイドライン」

種類		対象年齢	開始時期	接種回数・間隔
※どっちか1種類を選択 ロタウイルス	ロタリックス (1価)	生後6週0日後～ 生後24週0日後まで	出生6週 ～ 出生14週6日後まで	2回接種 27日以上の間隔をおいて2回接種する。
	ロタテック (5価)	生後6週0日後～ 生後32週0日後まで	出生6週 ～ 出生14週6日後まで	3回接種 27日以上の間隔をおいて3回接種する。
五種混合 ワクチン		生後2月～90月に 至るまで	初回接種3回 20日以上、標準的には56日までの間隔をおいて3回接種する。 追加接種1回 初回接種終了後6月～18月の間隔をおいて、1回接種する。	
小児用 肺炎球菌		生後2月～60月に 至るまで	生後2月 ～ 生後7月に 至るまで	初回接種3回 27日以上の間隔をおいて 生後24月(標準的には生後12月)に至るまでの間に3回接種する。 ※ただし、2回目の接種が生後12月を超えた場合、3回目の接種は行わない。 追加接種1回 初回接種終了後60日以上の間隔をおいて、生後12月に至った日以降(標準的には生後12月～生後15月)に1回接種する。
			生後7月に 至った日の翌日 ～ 生後12月に 至るまで	初回接種2回 27日以上の間隔をおいて 生後24月(標準的には生後12月)に至るまでの間に2回接種する。 追加接種1回 初回接種終了後60日以上の間隔をおいて、生後12月に至った日以降に1回接種する。
			生後12月に 至った日の翌日 ～ 生後24月に 至るまで	2回接種 60日以上の間隔をおいて2回接種する。
			生後24月に 至った日の翌日 ～ 生後60月に 至るまで	1回接種する。
B型肝炎		生後12月に至るまで	標準的には、生後2月～9月に至るまでの間に3回接種する。 初回接種2回 27日以上の間隔をおいて、2回接種する。 追加接種1回 1回目から139日以上の間隔 をおいて、1回接種する。	
BCG		生後12月に至るまで	標準的には、生後5月～8月までに1回接種する。	
水痘		1歳～3歳未満	2回接種 3月以上 、標準的には6月から12月までの間隔をおいて2回接種する。	

種類	対象年齢	接種回数・間隔	
麻しん風しん 混合1期	生後12月～24月に 至るまで	1回接種する。	
麻しん風しん 混合2期	小学校就学前の1年間 (平成31年4月2日生 ～ 令和2年4月1日生)	1回接種する。(令和7年4月1日～令和8年3月31日)	
日本脳炎 1期	生後6月～90月に 至るまで	標準的には3歳から接種を開始する。 初回接種2回 6日以上、標準的には28日までの間隔をおいて2回接種する。 追加接種1回 初回接種終了後6日以上 、標準的にはおおむね1年の間隔をおいて、1回接種する。	
日本脳炎 2期	9歳～13歳未満 (13歳の誕生日前日まで)	1回接種する。	
日本脳炎 1期・2期 特例措置	平成17年4月2日～ 平成19年4月1日生 かつ20歳未満	平成23年5月20日以前に 接種した回数	接種方法
		3回	6日以上の間隔を空けて1回接種
		2回	6日以上の間隔を空けて2回接種
		1回	6日以上の間隔を空けて3回接種
		0回	6日以上の間隔を空けて2回接種 その後、 6日以上の間隔を空けて 1回接種 更にその後、6日以上の間隔を空けて1回接種
二種混合	11歳～13歳未満 (13歳の誕生日前日まで)	1回接種する。	
HPV (※いずれか1種類を選択)	シルガード (9価)	2回接種 ※9価ワクチンの接種を15歳未満で始める場合 5月以上の間隔をおいて2回接種する。 標準的には、6月以上の間隔をおいて2回接種する。 ※1回目から5か月未満で2回目を接種した場合、3回目の接種が必要になります。	
	ガーダシル (4価)	3回接種 1月以上の間隔をおいて2回接種し、 3回目の接種は2回目から3月以上の間隔をおいて1回接種する。 標準的には、2月の間隔をおいて2回接種し、 3回目の接種は1回目から6月の間隔をおいて1回接種する。 (※2回目から3月以上の間隔をあける必要があります。)	
	サーバリックス (2価)	3回接種 1月以上の間隔をおいて2回接種し、 3回目の接種は1回目の接種から5か月以上、 かつ2回目の接種から2月半以上の間隔をおいて1回接種する。 標準的には、1月の間隔をおいて2回接種し、 3回目の接種は1回目の接種から6月の間隔をおいて1回接種する。	

【資料2】

種 類	対象年齢	開始時期	接 種 回 数 ・ 間 隔
ヒブ	生後2月～60月に 至るまで	生後2月 ～ 生後7月に 至るまで	<p>初回接種3回 27日以上（医師が認めるときは20日以上）、標準的には56日までの間隔をおいて生後12月に至るまでの間に3回接種する。</p> <p>追加接種1回 初回接種終了後7月以上、標準的には13月までの間隔をおいて1回接種する。 ※ただし、生後12月までに初回2回、3回の接種を完了せずに追加接種を行う場合は、初回に係る最後の接種終了後27日以上（医師が認めるときは20日以上）の間隔をおいて1回接種する。</p>
		生後7月に 至った日の翌日 ～ 生後12月に 至るまで	<p>初回接種2回 27日以上（医師がみとめるときは20日以上）、標準的には56日までの間隔をおいて生後12月に至るまでの間に2回接種する。</p> <p>追加接種1回 初回接種終了後7月以上、標準的には13月までの間隔をおいて1回接種する。 ※ただし、生後12月までに初回2回の接種を完了せずに追加接種を行う場合は、初回に係る最後の接種終了後27日以上（医師が認めるときは20日以上）の間隔をおいて1回接種する。</p>
		生後12月に 至った日の翌日 ～ 生後60月に 至るまで	1回接種する。
四種混合 ワクチン	生後2月～90月に 至るまで		<p>初回接種3回 20日以上、標準的には56日までの間隔をおいて3回接種する。</p> <p>追加接種1回 初回接種終了後6月以上、標準的には12月～18月の間隔をおいて、1回接種する。</p>
三種混合 ワクチン			
不活化 ポリオ			

別紙2

定期予防接種(A類)委託料金表(1人当たり)

区分	種 類	年 齢 等	令和7年度 委託料単価	
A 類	接 種 完 了 者	ロタウイルス	ロタリックス(1価)	15,850円
			ロタテック(5価)	10,830円
		5種混合	3歳未満	22,890円
			3歳以上	21,220円
		小児用肺炎球菌		12,280円
		B型肝炎	ビームゲン 0.25ml	8,980円
			ビームゲン 0.5ml(2人で使用)	8,120円
			ビームゲン 0.5ml(1人で使用)	9,220円
			ヘプタバックス 0.25ml	9,050円
			ヘプタバックス 0.5ml ※0.5ml使用は、長期療養者 (10歳以上)の場合のみ	9,300円
		BCG		13,980円
		水痘		11,640円
		麻しん風しん混合	3歳未満	13,490円
			3歳以上	11,820円
		日本脳炎	6歳未満	8,680円
			6歳以上	7,930円
		二種混合		6,210円
		HPV	サーバリックス(2価) ガーダシル(4価)	16,970円
			シルガード(9価)	30,910円
		ヒブ		9,220円
		4種混合	3歳未満	13,910円
			3歳以上	12,230円
		3種混合	3歳未満	8,370円
			3歳以上	6,700円
		不活化ポリオ	3歳未満	12,600円
			3歳以上	10,920円
		麻しん	3歳未満	9,910円
			3歳以上	8,240円
		風しん	3歳未満	9,910円
			3歳以上	8,240円
接種不可者	3歳未満	5,160円		
	3歳以上	3,860円		

・上記金額は、ワクチン料及び消費税を含んだ額とする。

・個人負担金は徴収しない。

【資料3】

令和7年度(2025)高齢者肺炎球菌ワクチン予防接種実施要領

令和7年4月1日

- 1 目的 この要領は、出雲市が実施する高齢者肺炎球菌ワクチン予防接種業務を円滑に行うことを目的とする。
- 2 実施主体 出雲市
- 3 実施期間 令和7年(2025)4月1日から令和8年(2026)3月31日まで
- 4 接種対象者 接種日現在、出雲市に住民登録があり、次の(1)、(2)に該当する者
 - (1) 接種日に65歳の者
 - (2) 接種日に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日常生活活動が極度に制限される程度の障がいをもつ者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をもつ者(医師の意見書が必要)

※過去に23価高齢者肺炎球菌ワクチン(ニューモバックス)を接種したことがある者(自費で接種した者も含む)は対象とはなりません。
- 5 接種方法 23価肺炎球菌ワクチン(ニューモバックス)を使用し、皮下又は筋肉に1回注射する。
- 6 周知方法 接種対象者に個別通知を行う。
- 7 実施方法 医療機関に委託して実施する個別接種とする。
- 8 自己負担金 被接種者は、接種時に医療機関に3,000円を支払う。ただし、生活保護世帯に属する被接種者については、免除申請書・同意書を記入することにより、自己負担金を免除。
- 9 委託料

区分	自己負担金の徴収	委託料単価		
		(1)-(2)	基本単価(1)	自己負担金(2)
接種完了者	負担金あり	5,100円	8,100円	3,000円
	負担金なし(生活保護世帯)	8,100円	8,100円	0円
接種不可者		2,000円	2,000円	0円

10 実施日の設定

- (1) 個別接種の実施可能な日・時間を設定する。一度設定した実施日を変更する場合は、速やかに市へ連絡する。
- (2) 個別接種の実施は、予防接種の時間または場所を一般外来とは分けて実施するなど、一般の受診者から接種対象者が、感染を受けないように十分配慮する。

11 予約制の実施

- (1) 接種希望者からの電話等により受付する。
- (2) 予約受付の際、以下のことを確認する。
 - ① 出雲市民であり、定期接種の該当年齢(65歳)であるか。
 - ② 過去に23価肺炎球菌ワクチンを接種していないか。

※接種している場合は対象にならない。

③ 出雲市の予診票を持っているか、接種の際は必ず記入してくることを伝える。

④接種間隔等に問題はないか。

1.2 準備するもの

- (1) ワクチン・注射器・消毒綿・体温計・舌圧子等の接種や診察に必要なもの
- (2) 救急用の器具・薬品等

1.3 接種当日の対応

(1) 受付

- ① 出雲市民であるか再度確認する。
- ② 接種者と予診票の名前、生年月日が一致しているか確認する。
- ③ 過去に2,3価肺炎球菌ワクチンを接種していないことを再度確認する。

(2) 予診・診察

- ① 検温、問診、診察（視診・聴診）をする。
- ② 接種の可否判断をする。
- ③ 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する。
- ④ 予診票に接種医師名の署名をする。（印鑑、ゴム印等は不可）
- ⑤ 被接種者に接種意思を確認し、予診票に署名させる。（なお、被接種者の意思確認が容易でない場合は、家族又はかかりつけ医の協力を得る。明確に被接種者の意思確認ができない場合は、接種しないこと。）

(3) 接種

- ① 接種者氏名、ワクチン名、接種量、有効期限を再度確認し接種する。
- ② 予診票にワクチンメーカー、Lot. No.、接種医療機関名、医師名、接種年月日を記入する。

(4) 予防接種済証の発行

予診票下部の「予防接種済証」の欄に接種年月日、ワクチンメーカー、Lot. No.、医療機関名を記入し切り取って本人に渡す。

(5) その他

接種日当日、接種希望者が予診票を持っていない場合は、住所、生年月日、接種歴等を確認のうえ、予診票を渡す。

※長期にわたり療養を必要とする疾病、その他特別な事情により予防接種を受けられなかった者については、特別な事情がなくなった日から1年を経過するまでの間、接種の対象者としてすることができる。受付の際、本人が市で発行した決定通知書（市提出用）を持参されていることを確認したうえで接種をする。

1.4 委託料の請求

委託料の請求は、月単位で接種月の翌月20日までに行う。請求書、予診票（原本）、免除申請書・同意書、医師意見書を市に送付する。市は、**実施月の翌々月末**までに委託料を医療機関に支払う。ただし、3月分の請求については、請求書の日付を3月末日とし、市へ提出する。

1.5 副反応・事故発生時の対応について

予防接種後に、医療機関において予防接種後副反応疑い報告基準に該当する者を診断した場合は、「電子報告システム」から予防接種後副反応疑い報告書をご提出ください。

【資料3】

記載誤り等防止の観点からも電子報告をご利用ください。

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

※出雲市健康増進課へもご一報をお願いします

1.6 その他

予防接種実施にあたり疑義が生じた場合は、速やかに出雲市へ連絡しその対応について協議する。

1.7 参考文献

「予防接種ガイドライン」

身体障がい者障がい程度等級表（1級対象）【抜粋】

【注意事項】

高齢者肺炎球菌：60～64歳で①～④に該当する方が定期接種の対象となる。

高齢者带状疱疹：60～64歳で④に該当する方が定期接種の対象となる。

① 心臓機能障がい

ア 次のいずれか二以上の所見があり、かつ、安静時又は自己身の日常生活活動でも心不全症状、狭心症症状又は繰り返シ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 心電図で第二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をいう。

③ 呼吸器機能障がい

予測肺活量1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、呼吸障害のため予測肺活量1秒率の測定ができないもの、予測肺活量1秒率が20以下のもの又は動脈血O₂分圧が50Torr以下のものをいう。予測肺活量1秒率とは、1秒率（最大呼気位から最大努力下呼出の最初の1秒間の呼気量）の予測肺活量（性別、年齢、身長を組み合わせて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。

【資料4】

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 CD四陽性Tリンパ球数が $200/\mu\text{l}$ 以下で、次の項目（a～l）のうち六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 血小板について $10\text{万}/\mu\text{l}$ 未満の状態が4週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 健常時に比して10%以上の体重減少がある
 - g 月に7日以上の変動の発熱（ 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 口腔内カンジタ症（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腫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

令和7年度(2025)高齢者带状疱疹ワクチン予防接種実施要領

令和7年(2025)4月1日

- 1 目的 この要領は、出雲市が実施する高齢者带状疱疹ワクチン予防接種業務を円滑に行うことを目的とする。
- 2 実施主体 出雲市
- 3 実施期間 令和7年(2025)4月1日から令和8年(2026)3月31日まで
- 4 接種対象者 接種日現在、**出雲市に住民登録があり**、次の(1)、(2)に該当する者

(1) 令和7年度に以下の年齢になる者

65歳	昭和35年4月2日生～昭和36年4月1日生
70歳	昭和30年4月2日生～昭和31年4月1日生
75歳	昭和25年4月2日生～昭和26年4月1日生
80歳	昭和20年4月2日生～昭和21年4月1日生
85歳	昭和15年4月2日生～昭和16年4月1日生
90歳	昭和10年4月2日生～昭和11年4月1日生
95歳	昭和5年4月2日生～昭和6年4月1日生
100歳以上	大正15年4月1日以前に生まれた者

(2) 接種日に60歳以上65歳未満の者であって、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[※]を有する者(医師の意見書が必要)
※過去に带状疱疹ワクチンを接種したことがある者は対象とはなりません。ただし、組換えワクチン(シングリックス)の2回目[※]が未接種の方は2回目のみ対象となります。

- 5 ワクチン 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、いずれか一方のワクチンを接種する。交接種は認められない。
- 6 接種方法 <生ワクチンを使用する場合>
乾燥弱毒生水痘ワクチン「ビケン」を1回皮下に注射する。
<組換えワクチンを使用する場合>
乾燥組換え带状疱疹ワクチン「シングリックス」を2月の間隔をおいて、2回筋肉内に注射する。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。ただし、実施期間外に接種した場合は定期接種の対象とならない。
- 7 周知方法 接種対象者に個別通知を行う。
- 8 実施方法 医療機関に委託して実施する個別接種とする。接種対象者は出雲市から配布された予診票を用いて1回の接種を行う。組換えワクチンを接種した場合、原則、同一医療機関で2回目の接種を行うこととし、医療機関から2回目の予診票を配布する。

【資料5】

- 9 自己負担金 被接種者は、接種時に医療機関に自己負担金（生ワクチン4,000円、組換えワクチン9,000円）を支払う。
ただし、生活保護世帯に属する被接種者については、**免除申請書・同意書**を記入することにより、自己負担金を免除する。

10 委託料

区 分	ワクチンの種類	自己負担金の徴収	委託料単価		
			(1)-(2)	基本単価(1)	自己負担金(2)
接種完了者	生ワクチン	負担金あり	5,600円	9,600円	4,000円
		負担金なし (生活保護世帯)	9,600円	9,600円	0円
	組換えワクチン (1回あたり)	負担金あり	14,000円	23,000円	9,000円
		負担金なし (生活保護世帯)	23,000円	23,000円	0円
接種不可者			2,000円	2,000円	0円

11 実施日の設定

- (1) 個別接種の実施可能な日・時間を設定する。変更が生じた場合は、速やかに市へ連絡する。
- (2) 個別接種の実施は、予防接種の時間または場所を一般外来とは分けて実施するなど、一般の受診者から接種対象者が、感染を受けないように十分配慮する。

12 予約制の実施

【1回目接種：生ワクチン・組換えワクチン共通】

- (1) 接種希望者からの電話等により受付する。
- (2) 予約受付の際、以下のことを確認する。
 - ① 出雲市民であり、定期接種の該当年齢であるか。
 - ② 過去に带状疱疹ワクチンを接種していないか。
※任意接種も含め、接種が完了している場合は対象にならない。
 - ③ 出雲市の予診票を持っているか。接種の際は必ず記入してくることを伝える。
 - ④ 接種間隔等に問題はないか。

【2回目接種：組換えワクチンのみ】

※組換えワクチンの場合、原則同一医療機関において2回の接種を行う。

- (1) 1回目の接種を行った際に2回目の接種日を設定し、接種対象者へ案内する。
- (2) 例外的に2回目接種のみ受け付ける場合は、必ず接種済証等で1回目の接種記録を確認する。

13 準備するもの

- (1) ワクチン・注射器・消毒綿・体温計・舌圧子等の接種や診察に必要なもの
- (2) 救急用の器具・薬品等

1.4 接種当日の対応

(1) 受付

- ①出雲市民であるか再度確認する。
- ②接種者と予診票の名前、生年月日が一致しているか確認する。
- ③過去に带状疱疹ワクチンを接種していないことを再度確認する。
組換えワクチン2回目接種の場合は接種履歴・接種間隔を確認する。

(2) 予診・診察

- ①検温、問診、診察（視診・聴診）をする。
- ②接種の可否判断をする。
- ③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する。
- ④予診票に接種医師名の署名をする。（印鑑、ゴム印等は不可）
- ⑤被接種者に接種意思を確認し、予診票に署名させる。（なお、被接種者の意思確認が容易でない場合は、家族又はかかりつけ医の協力を得る。明確に被接種者の意思確認ができない場合は、接種しないこと。）

(3) 接種

- ①接種者氏名、ワクチン名、接種量、ワクチンの有効期限を再度確認し接種する。
- ②予診票にワクチンロット番号、接種方法、実施医療機関名、医師名、接種年月日を記入する。

(4) 予防接種済証の発行

ワクチンの説明書下部の「予防接種済証」の欄にワクチン名、Lot. No、実施医療機関名、医師名、接種年月日を記入し本人に渡す。

(5) 次回接種の案内（組換えワクチンの場合）

組換えワクチンを接種した場合、1回目の接種日から2か月後以降に2回目の接種日を設定し、接種対象者へ案内する。また、その際に接種対象者へ2回目の予診票を配布する。

(6) その他

- ①1回目の接種において接種できなかった人には予診票の再発行が必要であることを説明し、出雲市健康増進課を案内する（1回目の予診票は出雲市が交付（再交付）を行う）。
 - ②2回目の接種において接種できなかった人には新しい予診票を渡し、後日受けるように案内する。
- ※長期にわたり療養を必要とする疾病、その他特別な事情により予防接種を受けられなかった者については、特別な事情がなくなった日から1年を経過するまでの間、接種の対象者としてすることができる。受付の際、本人が市で発行した決定通知書（市提出用）を持参されていることを確認したうえで接種をする。

1.5 委託料の請求

委託料の請求は、月単位で接種月の翌月20日までに行う。請求書、予診票（原本）、免除申請書・同意書、医師意見書を市に送付する。市は、実施月の翌々月末までに委託料を医療機関に支払う。ただし、3月分の請求については、請求書の日付を3月末日とし、市へ提出する。

【資料5】

16 副反応・事故発生時の対応について

予防接種後に、医療機関において予防接種後副反応疑い報告基準に該当する者を診断した場合は、「電子報告システム」から予防接種後副反応疑い報告書をご提出ください。記載誤り等防止の観点からも電子報告をご利用ください。

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

※出雲市健康増進課へもご一報をお願いします。

17 その他

予防接種実施にあたり疑義が生じた場合は、速やかに出雲市へ連絡しその対応について協議する。

18 参考文献

「予防接種ガイドライン」

記入例

定期接種（A類）委託料請求書

押印は不要です。但し、訂正をする場合は、押印が必要です。（訂正印は請求書に押印したものと同一印を使用する必要があります。）
 ※請求額の訂正はできません。
 金額を訂正される場合は、新しいものを作成してください。

令和 7 年 5 月 15 日

出雲市長様

3月分の請求日は、4月以降の日付ではなく、3月中の日付としてください。

住所： 出雲市今市町70

医療機関名： 市役所医院

氏名： 出雲 太郎

記入してください。
 ゴム印を利用する場合は、薄くならないよう、はっきりと押してください。

予防接種を実施しましたので、下記のとおり請求いたします。

金額			¥	5	5	1	4	0	円
----	--	--	---	---	---	---	---	---	---

1. 実施期間 令和 7 年 4 月 分

2. 実施内容 別紙請求内訳表のとおり

記入してください。

記入例

高齢者肺炎球菌予防接種 委託料請求書

押印は不要です。但し、訂正をする場合は、押印が必要です。（訂正印は請求書に押印したものと同一印を使用する必要があります。）

※請求額の訂正はできません。

金額を訂正される場合は、新しいものを作成してください。

令和 7 年 5 月 15 日

出雲市長様

3月分の請求日は、4月以降の日付ではなく、3月中の日付としてください。

住所： 出雲市今市町70

医療機関名： 市役所医院

氏名： 出雲 太郎

記入してください。
ゴム印を利用する場合は、薄くならないよう、はっきりと押してください。

予防接種を実施しましたので、下記のとおり請求いたします。

金額				¥	5	4	0	0	0	円
----	--	--	--	---	---	---	---	---	---	---

1. 実施期間

令和 7 年 4 月分

記入してください。

2. 実施内容

接種完了者	5,100円×	9	人=	45,900	円
接種完了者 (生活保護世帯)	8,100円×	1	人=	8,100	円
接種不可者	2,000円×		人=	0	円

記入例

高齢者带状疱疹予防接種委託料請求書

押印は不要です。但し、**訂正をする場合は、押印が必要**です。(訂正印は請求書に押印したものと同一印を使用する必要があります。)
 ※請求額の訂正はできません。
金額を訂正される場合は、新しいものを作成してください。

令和 7 年 5 月 1 日

出雲市長様

3月分の請求日は、4月以降の日付ではなく、3月中の日付としてください。

住所： 出雲市今市町70

医療機関名： 市役所医院

氏名： 出雲 太郎

押印不要

高齢者带状疱疹ワクチン予防接種について、下記のとおり実施しましたので、請求いたします。

金額					1	4	0	0	0	円
----	--	--	--	--	---	---	---	---	---	---

1. 実施期間 令和 7 年 4 月分

2. 実施内容

記入してください。

種類	契約単価	接種者数	委託料
生ワクチン	接種完了者 5,600 円 ×	人 =	0 円
	(生活保護世帯) 9,600 円 ×	人 =	0 円
組み替え ワクチン	接種完了者 14,000 円 ×	1 人 =	14,000 円
	(生活保護世帯) 23,000 円 ×	人 =	0 円
	接種不可者 2,000 円 ×	人 =	0 円

別表

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
血液・免疫疾患	血球貪食リンパ組織球症 慢性活動性E B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) デイジョージ(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
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
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

【資料9】

	<p>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</p>
慢性腎疾患	<p>ネフローゼ症候群 単状糸球体硬化症 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</p>
慢性呼吸器疾患	<p>気管支喘息 慢性肺疾患 特発性間質性肺炎</p>
慢性心疾患	<p>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）</p>
内分泌疾患	<p>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</p>
膠原病	<p>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</p>

	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
先天異常	先天奇形症候群 染色体異常

【資料10】

(別紙様式1)

対象疾病	症 状	発生までの時間	左記の「その他の反応」を選択した場合の症状	
報告基準（該当するものの番号に「○」を記入）	ジフテリア 百日せき 急性灰白髄炎 破傷風 Hib感染症 (Hib感染症においては、5種混合ワクチンを使用する場合に限る。)	1 アナフィラキシー 2 脳炎・脳症 3 けいれん 4 血小板減少性紫斑病 5 その他の反応	4時間 28日 7日 28日 —	左記の「その他の反応」を選択した場合 a 無呼吸 b 気管支けいれん c 急性散在性脳脊髄炎(ADEM) d 多発性硬化症 e 脳炎・脳症 f 脊髄炎 g けいれん h ギラン・バレ症候群 i 視神経炎 j 顔面神経麻痺 k 末梢神経障害 l 知覚異常 m 血小板減少性紫斑病 n 血管炎 o 肝機能障害 p ネフローゼ症候群 q 喘息発作 r 間質性肺炎 s 皮膚粘膜眼症候群 t ぶどう膜炎 u 関節炎 v 蜂巣炎 w 血管迷走神経反射 x a~w以外の場合は前頁の「症状名」に記載
	麻疹 風しん	1 アナフィラキシー 2 急性散在性脳脊髄炎(ADEM) 3 脳炎・脳症 4 けいれん 5 血小板減少性紫斑病 6 その他の反応	4時間 28日 28日 21日 28日 —	
	日本脳炎	1 アナフィラキシー 2 急性散在性脳脊髄炎(ADEM) 3 脳炎・脳症 4 けいれん 5 血小板減少性紫斑病 6 その他の反応	4時間 28日 28日 7日 28日 —	
	結核 (BCG)	1 アナフィラキシー 2 全身播種性BCG感染症 3 BCG骨炎(骨髄炎、骨膜炎) 4 皮膚結核様病変 5 化膿性リンパ節炎 6 髄膜炎 (BCGによるものに限る。) 7 その他の反応	4時間 1年 2年 3か月 4か月 — —	
	Hib感染症 (Hib単独ワクチンを使用する場合に限る。) 小児の肺炎球菌感染症	1 アナフィラキシー 2 けいれん 3 血小板減少性紫斑病 4 その他の反応	4時間 7日 28日 —	
	ヒトパピローマウイルス 感染症	1 アナフィラキシー 2 急性散在性脳脊髄炎(ADEM) 3 ギラン・バレ症候群 4 血小板減少性紫斑病 5 血管迷走神経反射(失神を伴うもの) 6 疼痛又は運動障害を中心とする多様な症状 7 その他の反応	4時間 28日 28日 28日 30分 — —	
	水痘	1 アナフィラキシー 2 血小板減少性紫斑病 3 無菌性髄膜炎(帯状疱疹を伴うもの) 4 その他の反応	4時間 28日 — —	
	B型肝炎	1 アナフィラキシー 2 急性散在性脳脊髄炎(ADEM) 3 多発性硬化症 4 脊髄炎 5 ギラン・バレ症候群 6 視神経炎 7 末梢神経障害 8 その他の反応	4時間 28日 28日 28日 28日 28日 28日 —	
	ロタウイルス感染症	1 アナフィラキシー 2 腸重積症 3 その他の反応	4時間 21日 —	
	インフルエンザ	1 アナフィラキシー 2 急性散在性脳脊髄炎(ADEM) 3 脳炎・脳症 4 けいれん 5 脊髄炎 6 ギラン・バレ症候群 7 視神経炎 8 血小板減少性紫斑病 9 血管炎 10 肝機能障害 11 ネフローゼ症候群 12 喘息発作 13 間質性肺炎 14 皮膚粘膜眼症候群 15 急性汎発性発疹性膿疱症 16 その他の反応	4時間 28日 28日 7日 28日 28日 28日 28日 28日 28日 28日 24時間 28日 28日 28日 —	
	高齢者の肺炎球菌感染症	1 アナフィラキシー 2 ギラン・バレ症候群 3 血小板減少性紫斑病 4 注射部位壊死又は注射部位潰瘍 5 蜂巣炎(これに類する症状であって、上腕から前腕に及ぶものを含む。) 6 その他の反応	4時間 28日 28日 28日 7日 —	
	新型コロナウイルス感染症	1 アナフィラキシー 2 血栓症(血栓塞栓症を含む。)(血小板減少症を伴うものに限る。) 3 心筋炎 4 心膜炎 5 熱性けいれん 6 その他の反応	4時間 28日 28日 28日 7日 —	

(別紙様式1)

＜注意事項＞

1. 報告に当たっては、記入要領を参考に、記入してください。
2. 必要に応じて、適宜、予診票等、接種時の状況の分かるものを添付してください。
3. 報告書中の「症状名」には、原則として医学的に認められている症状名を記載してください。
4. 報告時点で、記載された症状が未回復である場合には「未回復」の欄に、記載された症状による障害等がある場合には「後遺症」の欄に記載してください。
5. 報告基準にある算用数字を付している症状については、「その他の反応」を除き、それぞれ定められている時間までに発症した場合は、因果関係の有無を問わず、国に報告することが予防接種法等で義務付けられています。
6. 報告基準中の「その他の反応」については、①入院、②死亡又は永続的な機能不全に陥る又は陥るおそれがある場合であって、それが予防接種を受けたことによるものと疑われる症状について、報告してください。なお、アルファベットで示した症状で該当するものがある場合には、○で囲んでください。
7. 報告基準中の発生までの時間を超えて発生した場合であっても、それが予防接種を受けたことによるものと疑われる症状については、「その他の反応」として報告してください。その際には、アルファベットで例示した症状で該当するものがある場合には、○で囲んでください。
8. 報告基準は、予防接種後に一定の期間内に現れた症状を報告するためのものであり、予防接種との因果関係や予防接種健康被害救済と直接に結びつくものではありません。
9. 記入欄が不足する場合には、別紙に記載し、報告書に添付してください。
10. 報告された情報については、厚生労働省、国立感染症研究所、独立行政法人医薬品医療機器総合機構で共有します。また、患者(被接種者)氏名、生年月日を除いた情報を、製造販売業者に提供します。報告を行った医療機関等に対し、医薬品医療機器総合機構又は製造販売業者が詳細調査を行う場合があります。
11. 報告された情報については、ワクチンの安全対策の一環として、広く情報を公表することがありますが、その場合には、施設名及び患者のプライバシー等に関する部分は除きます。
12. 患者に予防接種を行った医師等以外の医師等も予防接種を受けたことによるものと疑われる症状を知った場合には報告を行うものとされています。なお、報告いただく場合においては、把握が困難な事項については、記載いただくことなく結構です。
13. ヒトパピローマウイルス感染症の予防接種に関する注意事項は以下のとおりです。
 - ・広範な慢性的疼痛又は運動障害を中心とする多様な症状を呈する患者を診察した際には、ヒトパピローマウイルス感染症の定期的予防接種又は任意接種を受けたかどうかを確認してください。
 - ・ヒトパピローマウイルス感染症の定期接種にあつては、接種後に広範な慢性的疼痛又は運動障害を中心とする多様な症状が発生する場合がありますため、これらの症状と接種との関連性を認めた場合、報告してください。
 - ・ヒトパピローマウイルス感染症の任意接種にあつては、接種後に広範な慢性的疼痛又は運動障害を中心とする多様な症状が発生した場合、医薬品、医療機器等の品質、有効性及び安全性の確保等に関する法律第68条の10第2項の規定に基づき、薬局開設者、病院若しくは診療所の開設者又は医師、歯科医師、薬剤師その他の医薬関係者は、速やかに報告してください。
 - ・ヒトパピローマウイルス感染症の定期接種(キャッチアップ接種を含む。)にあつては、交互接種の後に生じたものである場合、別紙様式1「接種の状況」欄に予診票での留意点としてその旨を明記してください。
 - ・ヒトパピローマウイルス感染症のキャッチアップ接種において、過去に接種したヒトパピローマウイルス様粒子ワクチンの種類が不明の場合については、結果として、異なる種類のワクチンが接種される可能性があるため、別紙様式1「接種の状況」欄に予診票での留意点として過去に接種したヒトパピローマウイルス様粒子ワクチンの種類が不明である旨を明記してください。
14. 独立行政法人医薬品医療機器総合機構ウェブサイト上に報告に係る記入要領を示しているため、報告にあたっては参照してください。
15. 新型コロナワクチンについては、これまでワクチン接種との因果関係が示されていない症状も含め、幅広く評価を行っていく必要があることから、当面の間、以下の症状については規定による副反応疑い報告を積極的に検討するとともに、これら以外の症状(遅発性の症状又は遷延する症状を含む。)についても必要に応じて報告を検討してください。
 - けいれん(ただし、熱性けいれんを除く。)、ギラン・バレー症候群、急性散在性脳脊髄炎(ADEM)、血小板減少性紫斑病、血管炎、無菌性髄膜炎、脳炎・脳症、脊髄炎、関節炎、顔面神経麻痺、血管迷走神経反射(失神を伴うもの)
 - また、血栓症(TTS(血栓塞栓症を含み、血小板減少症を伴うものに限る。))、心筋炎又は心膜炎について報告する場合には、別紙様式1記入要領別表の記載も踏まえ、別紙様式1に加えて、血栓症(TTS)調査票、心筋炎調査票又は心膜炎調査票をそれぞれ作成し、報告してください。ただし、心筋炎及び心膜炎がともに疑われる場合には、心筋炎調査票及び心膜炎調査票の両方を作成して報告してください。
 - なお、独立行政法人医薬品医療機器総合機構ウェブサイト上に新型コロナワクチンに係る報告の記載例を示しているため、報告にあたっては参照してください。
16. 電子報告システム(報告受付サイト)による報告は、以下の独立行政法人医薬品医療機器総合機構ウェブサイトよりアクセスし、報告を作成、提出してください。
 - URL: <https://www.pmda.go.jp/safety/reports/hcp/0002.html>
17. 電子報告が困難な場合は、FAXにて、独立行政法人医薬品医療機器総合機構の下記宛に送付してください。その際、報告基準に係る表についても、併せて送付してください。
 - FAX番号:0120-176-146(各種ワクチン共通)

【資料 11】

令和 7 年度 (2025) 出雲市おたふくかぜワクチン任意予防接種 費用助成制度実施要領

1. 目的

この要領は、出雲市が実施するおたふくかぜワクチン任意予防接種費用助成制度を円滑に行うことを目的とする。

2. 実施主体

出雲市

3. 実施期間

令和 7 年 (2025) 4 月 1 日から令和 8 年 (2026) 3 月 3 1 日まで

4. 接種対象者

出雲市に住民票がある 1 歳児

5. 接種の種類

おたふくかぜワクチン (1 歳～2 歳未満で 1 回接種)

※令和 5 年 2 月～令和 6 年 9 月生まれは 1 歳の誕生日から 3 歳の誕生日前日まで

6. 実施方法

市は、助成対象者が医療機関において接種するおたふくかぜワクチンの接種費用に係る助成金を、接種を実施した医療機関に支払う。

7. 助成金額

1 人につき 2, 0 0 0 円

8. 予約制の実施

(1) 接種希望者からの電話予約により受付する。

(2) 受付の際、以下のことを確認する。

①接種日に出雲市民であるか。

※出雲市に住民票がない者は、対象外となる。

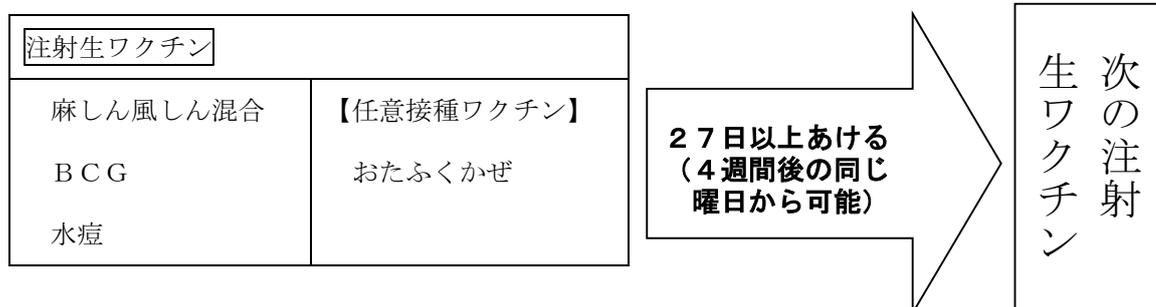
②助成券は持っているか。接種の際は必ず記入することを伝える。

※助成券は誕生月の翌月に対象者へ郵送される。別途助成券の交付を希望する者は、市に電話で問い合わせてもらおう。または、母子手帳を持参のうえ市 (市役所健康増進課または各行政センター) まで取りに来てもらおう。(電子申請も可能。) ただし、対象年齢でなければ交付することはできない。

※接種後の償還払いはできない。

③接種間隔に問題ないか。(回数のあるものについては必ず回数も確認すること)

(a) 他のワクチンとの間隔



④予防接種を受ける者の年齢は問題ないか。該当しない場合は、助成を受けることができない。

対象年齢は、1歳の誕生日から、2歳の誕生日の前日まで。

ただし、令和5年2月～令和6年9月生まれは1歳の誕生日から3歳の誕生日前日まで。

⑤最近、麻しん・風しん・おたふくかぜ・水痘等にかかっているか。

→ かかっている場合は、治ってから4週間以上でなければ受付しない。またおたふくかぜにかかったことがある者はおたふくかぜワクチン任意予防接種費用助成制度の対象とはならない。

⑥原則、保護者が同伴するように伝える。

9. 必要物品の準備

- (1) 注射器・消毒綿・体温計・舌圧子等の接種や診察に必要なもの
- (2) 救急用の器具・薬品等

10. 接種当日の対応

(1) 受付

①出雲市民であるか再度確認する(転出があるため)。

※出雲市内での転居の場合は、助成券の住所と現住所が異なっても接種が可能。

②接種者本人名義の助成券を持っているか確認する(接種後の償還払いはできないため)。

③保護者に、助成券の実施医療機関名記入欄と保護者署名欄の記入をさせて実施医療機関が受け取る。

(2) 予診・診察

①検温、問診、診察(視診・聴診)をする。

②接種の可否判断をする。

③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する。

④予診票に接種医師名の署名をする。(印鑑、ゴム印等は不可)

⑤保護者に接種意思を確認し、予診票に署名させる。

【資料 11】

(3) 接種

①接種する。

②予診票に Lot. No.、医療機関名、医師名、接種年月日を記入する。

③助成券に接種年月日を記入する。

(4) 母子健康手帳への記入事務

母子健康手帳の『予防接種の記録』の該当欄に接種年月日、ワクチンメーカー、Lot. No.、接種医師、接種した部位名を記入する。

(5) その他

接種できなかった人には、助成券を返し、後日受けるよう案内する。

1 1. 助成金の請求

助成金の請求は、月単位で接種月の翌月 20 日（必着）までに提出する。請求書・予診票（写し）・助成券の半券を市に送付する。市は、実施月の翌々月末までに医療機関へ委託料を支払う。

ただし、3 月分の請求については、請求書の日付を 3 月末日とし市へ提出する。

1 2. 副反応・事故発生時の対応について

予防接種後に、医療機関において予防接種後「医薬品・医療機器等安全性情報報告制度」実施要領の「(2) 報告対象となる情報」に該当する疾病、障害若しくは死亡の発生又は感染症の発生であり、かつ、保健衛生上の危害の発生又は拡大を防止する必要があると認める場合は、記入要領を参考に予防接種後副反応疑い報告書を記入し、速やかに（独）医薬品医療機器総合機構安全第一部安全性情報課へ直接ファクスにて報告すること（ファクス番号 0120-176-146）

※予防接種後副反応疑い報告書（PDF 版、アプリ版）は、以下よりダウンロード可能

【PDF 版】

http://www.mhlw.go.jp/bunya/kenkou/kekkaku-kansenshou20/hukuhannou_houkoku/d1/youshiki_01.pdf

【アプリ版】<https://www.niid.go.jp/niid/ja/vaccine-j/6366-vaers-app.html>

1 3. その他

予防接種実施にあたり疑義が生じた場合は、速やかに出雲市へ連絡しその対応について協議する。

1 4. 参考文献

「予防接種ガイドライン」

出雲市任意予防接種費用 (交付申請書兼) 助成券

おたふくかぜ生ワクチン用

以下の者について、任意予防接種費用の一部を助成します。

住所 出雲市今市町〇〇番地

氏名 出雲 太郎

生年月日 令和6年5月4日

助成金額 2,000円

令和 7年 6月 1日

出雲市長 〇〇 〇〇 (公印省略)

【有効期限 3歳の誕生日の前日まで】

※出雲市から転出された場合は対象外となります。

<医療機関記入欄>

接種年月日 (令和7年7月1日)

おたふくかぜ任意予防接種費用の助成金を交付申請します。

なお、その受領については、

(医療機関名) 〇〇医院 へ委任します。

また、この予防接種が被接種者の意思に基づく任意予防接種であることを理解し、副反応その他の健康被害が生じたときは、独立行政法人医薬品医療機器総合機構に対し、その申請手続きを行います。 保護者氏名 出雲 花子

<有効期限について>
令和5年2月~令和6年9月生まれは
3歳の誕生日の前日までです。

<接種年月日について>

接種医療機関でご記入ください。

<医療機関名・保護者氏名>

保護者記入欄です。記入されているかご確認の上、

お受け取りください。

キリトリ線 (医療機関には切り離さずにご持参ください。)

出雲市任意予防接種費用 (交付申請書兼) 助成券

おたふくかぜ生ワクチン用

以下の者について、任意予防接種費用の一部を助成します。

住所 出雲市今市町〇〇番地

氏名 出雲 太郎

生年月日 令和6年5月4日

助成金額 2,000円

令和 7年 6月 1日

出雲市長 〇〇 〇〇 (公印省略)

【有効期限 3歳の誕生日の前日まで】

※出雲市から転出された場合は対象外となります。

<医療機関記入欄>

接種年月日 (令和7年7月1日)

記入例

おたふくかぜワクチン任意予防接種 助成金請求書

押印は不要です。但し、訂正をする場合は、押印が必要です。（訂正印は請求書に押印したものと同一印を使用する必要があります。）
※請求額の訂正はできません。
金額を訂正される場合は、新しいものを作成してください。

令和 7 年 5 月 15 日

出雲市長様

3月分の請求日は、4月以降の日付ではなく、3月中の日付としてください。

住所： 出雲市今市町70

医療機関名： 市役所医院

氏名： 出雲 太郎

ゴム印を使用する場合は、薄くならないよう、はっきりと押してください。

おたふくかぜワクチン任意予防接種について、下記のとおり実施しましたので、請求いたします。

金額					1	4	0	0	0	円
----	--	--	--	--	---	---	---	---	---	---

1. 実施期間 **令和 7 年 4 月分**

2. 実施内容

記入してください。

	助成単価	接種者数	助成額
接種完了者	2,000円×	7人＝	14,000円

令和7年度 HPVワクチン接種 対象者

区分	対象者	接種期限
定期接種	平成21年4月2日～平成26年4月1日生まれの女子 (小学6年生～高校1年生相当)	16歳になる年度の年度末 (高校1年生)

区分	対象者	接種期限
キャッチアップ接種	次の要件を 全て 満たす人 <input checked="" type="checkbox"/> 平成9年4月2日～平成21年4月1日生まれの女子 <input checked="" type="checkbox"/> 令和4年4月1日～令和7年3月31日の期間中に HPVワクチンを1回以上接種している。	令和8年3月31日

【ご注意ください!】 キャッチアップ接種の期間中（令和4年4月1日～令和7年3月31日）にHPVワクチンを1回も接種をしていない場合は、対象の年齢であっても公費で接種することはできません。

○公費での接種ができる人

(例1) 令和4年4月1日～令和7年3月31日の期間中に、HPVワクチンを1～2回接種している。

(例2) 1回目を令和4年3月31日以前に接種。2回目を令和4年4月1日～令和7年3月31日の間に接種している。

×公費での接種ができない人

(例3) HPVワクチンを1回も接種したことがない。

(例4) 令和4年3月31日以前に1～2回接種。**令和4年4月1日～令和7年3月31日の間は1回も接種していない。**

※接種の際は、「令和4年4月1日～令和7年3月31日」の期間にHPVワクチンを1回以上接種しているか、必ず確認してください。
裏面に母子健康手帳（予防接種の記録）のイメージを掲載していますので参考にしてください。

○公費での接種ができる人

(例1) 令和4年4月1日～令和7年3月31日の期間中に、
HPVワクチンを1～2回接種している。

ワクチンの種類 Vaccine	接種年月日 Y/M/D(年齢)	メーカー又は製剤名/ロット Manufacturer or Brand name/Lot.No.	接種者名 Physician	備考 Remarks
ヒトパピローマ ウイルス (HPV) Human Papillomavirus	1回	シルガード9 Y0000000 HPV Exp:2027.01.01	〇〇医院	
	2回	シルガード9 Y0000000 HPV Exp:2027.01.01	〇〇医院	
	3回			

(例2) 1回目を令和4年3月31日以前に接種。2回目を
令和4年4月1日～令和7年3月31日の間に接種している。

ワクチンの種類 Vaccine	接種年月日 Y/M/D(年齢)	メーカー又は製剤名/ロット Manufacturer or Brand name/Lot.No.	接種者名 Physician	備考 Remarks
ヒトパピローマ ウイルス (HPV) Human Papillomavirus	H25.4.1	ガーダシル(R)シリンジ 製造番号 0000000	〇〇医院	
	R5.5.30	シルガード9 Y0000000 HPV Exp:2027.01.01	〇〇医院	
	3回			

⇒令和4年4月1日～令和7年3月31日の間に1回以上HPVワクチンを接種しているため、令和7年度も公費で接種ができます。

×公費での接種ができない人

(例3) HPVワクチンを1回も接種したことがない。

ワクチンの種類 Vaccine	接種年月日 Y/M/D(年齢)	メーカー又は製剤名/ロット Manufacturer or Brand name/Lot.No.	接種者名 Physician	備考 Remarks
ヒトパピローマ ウイルス (HPV) Human Papillomavirus	1回			
	2回			
	3回			

(例4) 令和4年3月31日以前に1～2回接種。令和4年
4月1日～令和7年3月31日の間は1回も接種していない。

ワクチンの種類 Vaccine	接種年月日 Y/M/D(年齢)	メーカー又は製剤名/ロット Manufacturer or Brand name/Lot.No.	接種者名 Physician	備考 Remarks
ヒトパピローマ ウイルス (HPV) Human Papillomavirus	H25.4.1	ガーダシル(R)シリンジ 製造番号 0000000	〇〇医院	
	2回			
	3回			

令和4年4月1日以前の接種のため
対象者の要件に該当しない。

⇒令和4年4月1日～令和7年3月31日の間に1回もHPVワクチンを接種していないため、令和7年度は公費で接種できません。