大阪市インフルエンザ予防接種実施の手引き

大阪市健康局

令和5年9月作成

大阪市保健所
感染症対策課（感染症グループ）
Tel　06－6647－0954

＜主な変更点＞

●接種に係る自己負担金は 1,500 円になります。

予防接種の請求について、記載漏れ等の不備に関しては、審査を行っている次の委託事業者よりお問い合わせすることがありますので、よろしくお願い致します。

再春館システム㈱（電話番号：０５０－３７４３－１０８３）

＜目次＞

大阪市インフルエンザ予防接種の手引

1．目的 ・・・ 2
2．対象者 ・・・ 2
3．実施期間及び接種回数・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・ 2
4．接種費用・・・ 3
5．自己負担免除等の取扱い ・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・ 3
6．接種するワクチンの種類及び接種量 ・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・ 4
7．接種場所 ・・ 5
8．接種までの手順 ・・ 5
9．接種時の注意 ・・・ 6
10．予防接種済証の交付及び予診票の保管 ・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・ 6
11．接種時・接種後の副反応の対応 ・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・ 6
12．他の予防接種との関係 ・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・ 7
13．接種委託料の請求 ・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・ 7
14．接種委託料の支払い ・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・ 8
15．その他 ・・・ 8

別紙1 インフルエンザ予防接種のお知らせ ・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・ １０
別紙2 インフルエンザ予防接種予診票 ・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・ １２
別紙3 予防接種実施申込書（報告書）
インフルエンザ・高齢者用肺炎球菌用・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・ １３
別紙4 個別予防接種請求書 ・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・ １４
別紙5 予防接種後副反応疑い報告書 ・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・ １６
別紙6 予防接種実施医療機関等変更届 ・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・ １８

確認資料（資料1～資料 16） ・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・ １９

大阪市インフルエンザ予防接種実施の手引き

65歳以上の方用

◆ご注意

- **接種に係る自己負担金は 1,500 円になります。**
- **対象者の要件を必ず御確認ください。生活保護受給者の方であっても、「2.対象者」に該当しない方は公費助成の対象とはなりません。**
- **無料接種券は発行しません。**
- **接種費用の後日償還払いはしません。**
- **実施期間は令和5年 10 月 1 日～令和6年1月31日までです。**
- **1回目の接種のみ公費負担の対象となります。**
- **接種委託料の請求にあたっては、「13.接種委託料の請求」に記載の内容をご確認いただき、遺漏ないようお願いいたします。**
- **令和4年7月22日から新型コロナワクチンとインフルエンザワクチンについてのみ、接種間隔に関する規定が廃止され、また同時接種も可能となりました。**

1．目的

高齢者等の発病又は重症化を防止することにより、疾病のまん延を予防すること

2．対象者

（1） 65歳以上の市民でインフルエンザ予防接種を希望する者

※ ただし、大阪市内の養護老人ホームや老人保健施設等の入所者については、大阪府民で居住地の依頼書があれば、大阪市民と同様に扱うものとします。

（2） 60歳以上65歳未満であって次の項目に該当する（身体障がい者手帳1級相当）市民でインフルエンザ予防接種を希望する者。

①心臓の機能の障がいにより自己の身辺の日常生活活動が極度に制限される者。
②じん臓の機能の障がいにより自己の身辺の日常生活活動が極度に制限される者。
③呼吸器の機能の障がいにより自己の身辺の日常生活活動が極度に制限される者。
④ヒト免疫不全ウィルスによる免疫の機能の障がいにより日常生活がほとんど不可能な者。

※ ①～④の者については、予防接種の判断を行うに際して注意を要する者として主治医及び専門性の高い医師に対し接種ができるかどうかについて意見を求め、慎重に判断すること。また、「予防接種実施申込書（報告書）インフルエンザ・高齢者用肺炎球菌用」（別紙3）の「今日、受ける予防接種」欄の該当項目にチェックを入れること。

3．実施期間及び接種回数

実施期間：10月1日より翌年の1月31日まで
接種回数：1シーズンにつき1回接種

4．接種費用

インフルエンザ予防接種を実施した場合は、自己負担金として1，500円を徴収してください（ワクチン代相当額）。ただし、生活保護受給者、市民税非課税世帯の方及び東日本大震災被災者には確認できる書類の提示を求め、また公害健康被害の補償等に関する法律に基づく被認定者（公害認定患者）の方には確認できる書類の提示及び所定の書類を提出させたうえ、無料で実施してください。

5．自己負担免除等の取扱い

（1）生活保護受給者、市民税非課税世帯の方及び東日本大震災被災者の方

次の書類で無料接種の対象者であることを確認のうえ、「予防接種実施申込書（報告書）インフルエンザ・高齢者用肺炎球菌用」（様式3）の裏面の「自己負担の有無と免除等理由」に該当する番号等を記入してください。

	確認書類	実施申込書(報告書)(裏面)の自己負担の免除等理由
生活保護受給者	・保護決定通知書（資料1） ・生活保護適用証明書（資料2） ・生活保護法医療券（資料3） ・休日・夜間等診療依頼証（資料 4） ・本人確認証(中国残留邦人等支援給付制度)（資料 14）	2
市民税非課税世帯	・介護保険料（変更）決定通知書（資料 5） **<u>（ただし、介護保険料段階が第１段階～第４段階のものに限る</u>**） ・介護保険負担限度額認定証（資料 6） ・介護保険高額介護サービス費受領委任払承認通知書（資料 7）（ただし利用者負担上限額欄が 15,000 円又は 24,600 円の ものに限る） ・自己負担免除確認書（介護保険）（資料 8） **<u>（ただし、介護保険料段階が第１段階～第４段階のものに限る</u>**）	3
	・後期高齢者医療限度額適用・標準負担額減額認定証（資料 9）	3
	・障がい福祉サービス受給者証（資料 10）（ただし、「利用者負担に関する事項」の負担上限月額欄が 0 円のものに限る） ・自立支援医療受給者証（資料 11） （ただし、自己負担上限額が 0 円又は 2,500 円のものに限る）	3
	・自己負担免除確認書（資料 12） ・課税証明書（ただし、世帯員が確認できる住民票及びそこに記載されている者の課税証明書も必要。※世帯全員が非課税であることの確認が必要なため。）	3
東日本大震災被災者	予防接種実施願（資料 13）（保健福祉センターにて発行）	3

※生活保護医療券を予防接種の確認書類として発行することは行っておりません。
現在治療中の生活保護受給者が予防接種を受ける場合に、生活保護医療券を保護受給中の確認書類にすることができます。なお、予防接種費用は保健所感染症対策課に請求してください。

（2） 65 歳以上の公害健康被害の補償等に関する法律に基づく被認定者（公害認定患者）の方 〔ただし、（1）の方は対象外〕

次の書類等で公害認定患者であることを確認のうえ、「予防接種実施申込書（報告書）インフルエンザ・高齢者用肺炎球菌用」（別紙3）の裏面の「自己負担の有無と免除等理由」に該当する番号を記入してください。

	確認書類	実施申込書（報告書)(裏面）の自己負担の免除等理由
公害認定患者	① 公害医療手帳（資料 15） ② 令和5年度大阪市公害健康被害被認定者インフルエンザ予防接種自己負担費用助成金代理受領依頼書（以下、「代理受領依頼書」（A5版　緑色）という。）（資料 16）**※医療機関にて受領してください（②のみ）**	4

※「代理受領依頼書」（Ａ５版 緑色）は予防接種実施申込書（報告書）と必ず合わせて請求してください。（「代理受領依頼書」がない場合は、「自己負担なし」になりません。）

ご注意ください

65 歳未満の公害健康被害の補償等に関する法律に基づく被認定者（公害認定患者）の方については、平成 23 年度環境省通知により対象者の自己負担費用の助成を平成 23 年度より実施しています。

本対象者の助成方法については、対象者から本市への申請に基づき償還払いにより助成します。

《参考》

対象者が大阪市保健所管理課へ申請する書類（償還払い申請に必要な書類）

・「インフルエンザ予防接種自己負担費用助成申請書兼口座振替申出書」

・領収書又はレシート等（いずれも原本に限る）

※接種者氏名及びインフルエンザ予防接種費用とわかるもの

・「公害医療手帳」の写し（公害医療手帳の記号番号・有効期限・氏名・住所・認定疾病の頁）

詳しくは、「公害健康被害の補償等に関する法律に基づく大阪市公害健康被害被認定者のインフルエンザ予防接種自己負担費用助成の取り扱いについて」を御確認ください。

6．接種するワクチンの種類及び接種量

インフルエンザHAワクチンを0．5ml、皮下に注射。

7．接種場所

個別接種の実施に関し、原則として医療機関で接種してください。また、介護老人保健福祉施設等では当該施設で接種してください。

なお、接種場所には、予防接種直後のショック等の発生に対応するために必要な薬品及び器具等を備えておいてください。

8．接種までの手順

（1）申込み

接種はできるだけ予約制とし、事前に申込みを受け付けてください。

（2）接種当日

「インフルエンザ予防接種のお知らせ」（別紙1）をもとに、被接種者に予防接種について説明し、十分な理解を得たうえで、「インフルエンザ予防接種予診票」（別紙2）及び「予防接種実施申込書（報告書）インフルエンザ・高齢者用肺炎球菌用」（別紙3）に必要事項を記入してもらい、カルテを照合する等内容に誤りがないか確認してください。

（3）接種対象者の確認

接種前に、生年月日及び大阪市民であることを証明する書類の提出を求めるなど適切な方法により、年齢・居住地の確認をしてください。なお、市外住民に接種される場合は大阪市の公費負担の対象とはならないので、居住地市町村長の発行する依頼書を徴し、全額自己負担にて接種してください。

ただし、大阪市内の養護老人ホームや老人保健施設等の入所者については、大阪府民で居住地の依頼書があれば、大阪市民と同様に扱うものとします。

（4）予診

①接種施設において、問診、検温及び視診、聴診等の診察を接種前に行い、「インフルエンザ予防接種予診票」（別紙2）を用いて接種を受けることが不適当な者又は注意を要する者に該当するかどうか調べてください。

②接種を受けることに注意を要する者については、被接種者の健康状態及び体質を勘案し、慎重にインフルエンザの予防接種の適否を判断するとともに、接種を希望する意思を確認してください。

③予診の結果、異常が認められ、かつ、予防接種実施規則第6条に規定する、接種が不適当な者（※）と判断される場合は、当日は接種を行わず、必要がある場合は精密検査を受けるよう指示してください。

<u>※ 予防接種実施規則第6条に規定する 接種が不適当な者</u>

・今まで予防接種を受けて2日以内に発熱が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のある者。
・明らかな発熱を呈している者。
・重篤な急性疾患にかかっていることが明らかな者。
・インフルエンザ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 診察所見等を「インフルエンザ予防接種予診票」（別紙2）の〔医師の記入欄〕に記載し、予診の結果を被接種者に説明してください。接種が可能である場合は、接種後の通常起こり得る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被接種者に十分に説明してください。被接種者がその内容を理解した上で、接種を受ける法律上の義務が無いにもかかわらず自らの意思で接種を希望することを署名によりご確認いただいてから接種してください。被接種者の意思確認が困難な場合は、家族又はかかりつけ医の協力により本人の意思確認をすることとし、接種希望であることが確認できた場合に接種を行ってください。被接種者の意思確認が最終的にできない場合は、予防接種法に基づいた接種を行うことはできません。

⑤ 万一副反応が発生した場合に備え、使用ワクチン名、ロット番号、最終有効年月日、接種部位、実施場所、接種医師名を記入してください。

9. 接種時の注意

(1) 予防接種を行うに当たっては、次の事項を厳守してください。

① 予防接種に従事する者は、手指を消毒すること。
② ワクチンは遮光し凍結を避け、冷蔵庫から取り出し、室温になってから使用し、一度針を刺したものは 24 時間以内に使用する。
③ 接種液は、有効期限内のものを均質にして使用すること。
④ バイアル入りの接種液は、栓及びその周囲をアルコール消毒した後、栓を取り外さないで吸引すること。
⑤ 接種液が入っているアンプルを開口するときは、開口する部分を事前にアルコールで消毒すること。
⑥ 予防接種は、原則として上腕伸側に行い、接種前に接種部位をアルコールで消毒すること。
⑦ 皮下注射を行うときは、注射針の先端が血管内に入っていないことを確かめること。
⑧ 同一部位に反復して接種することは避けること。
⑨ 接種用具等の消毒薬は、適切な濃度のものを使用すること。

(2) 予防接種を受けた者に対して次の事項を説明してください。

① 接種後は、接種部位を清潔に保ち、接種当日は過激な運動や大量の飲酒は避けること。
② 接種後、接種部位の異常反応や体調の変化があった場合には、被接種者は速やかに医師の診察を受け、当該予防接種を行った市町村長(区保健福祉センター管理医師)に連絡すること。

10. 予防接種済証の交付及び予診票の保管

予防接種を行った際には、「インフルエンザ予防接種予診票」(別紙2)の上部を切り取り、接種日・接種部位・接種場所等記載のうえ、被接種者に交付してください。また、「インフルエンザ予防接種予診票」(別紙2)は、カルテと同様に実施医療機関及び実施施設で5年間保存してください。市外住民が接種依頼書を持参して接種した場合は、接種依頼書も同様に、実施医療機関及び実施施設において5年間保存してください。

※個人情報の取り扱いについて

予診票、予防接種実施申込書(報告書)などに記載される内容には、個人情報が含まれます。予防接種に従事する者などの関係者は、市民の個人情報保護の重要性に鑑み、大阪市個人情報保護条例の趣旨を踏まえて、保管や取り扱いにあたっては、漏えい、滅失、き損等の防止、その他個人情報等の保護に必要な体制の整備、及び措置を講じなければなりませんので、万全を期していただきますようお願いします。

11. 接種時・接種後の副反応の対応

（１）接種時・接種後の緊急措置及び副反応が生じた場合の措置（被接種者及び被接種者の家族からの副反応についての問い合わせ等を含む）については、原則として接種医師が対応してください。

（２）医師は、予防接種による副反応又はその疑いのある患者を診察し、厚生労働大臣が定める症状（別紙５の裏面を参照）を呈していると判断した場合には、予防接種法に基づき厚生労働大臣への報告が義務付けられましたので、「予防接種後副反応疑い報告書」（別紙５）もしくは、国立感染症研究所のホームページからダウンロードできる予防接種後副反応疑い報告書入力アプリにて作成した「予防接種後副反応疑い報告書」（別紙５）により速やかに独立行政法人医薬品医療機器総合機構へ FAX もしくは郵送にて報告してください。

（送付先）（独）医薬品医療機器総合機構　安全性情報・企画管理部情報管理課
（ＦＡＸ送付先：０１２０－１７６－１４６）
※新型コロナワクチンに関する副反応疑い報告の提出は下記専用番号に送付してください。
（新型コロナワクチン専用ＦＡＸ送付先：０１２０－０１１－１２６）
住所：〒１００－００１３　東京都千代田区霞が関３－３－２　新霞が関ビル
※予防接種後副反応疑い報告書入力アプリ
https://www.niid.go.jp/niid/ja/vaccine-j/6366-vaers-app.html
（３）　ただし、夜間等において、緊急に専門的な治療を行う必要があると認められる場合は、大阪市立総合医療センター（大阪市都島区都島本通２－１３－２２　Tel 06-6929-1221）へご連絡ください。

12. 他の予防接種との関係

不活化ワクチン接種後に異なるワクチンを接種する場合の接種間隔に関する制限はありません。**また令和4年7月22日から新型コロナワクチンとインフルエンザワクチンについてのみ、接種間隔に関する規定が廃止され、また同時接種も可能となりました。**

13. 接種委託料の請求

接種委託料の請求は、接種月の1か月単位で取りまとめ、翌月の10日（10日が休日の場合は翌開庁日）までに「個別予防接種請求書」（別紙4）に「予防接種実施申込書（報告書）インフルエンザ・高齢者用肺炎球菌用」（別紙3）を添付し、**記載誤りや記載漏れ等書類の不備がないか確認**のうえ、所轄の保健福祉センター、地区医師会または、下記まで提出してください。

なお、予診票及び無料接種者の確認書類等は請求時に送付の必要はございません。

〒５４５－００５１
大阪市阿倍野区旭町１－２－７－１０００あべのメディックス１１階
大阪市保健所　感染症対策課（感染症グループ）

また、「代理受領依頼書」（Ａ５版 緑色）を受領した場合は、「代理受領依頼書」（Ａ５版 緑色）のみをひとまとめにしたうえ、請求書に同封してください。

なお、「予防接種実施申込書（報告書）インフルエンザ・高齢者用肺炎球菌用」（別紙3）及び「代理受領依頼書」（Ａ５版 緑色）の裏面部分は医療機関の記入欄となっておりますので、漏れなく記入してください。

記載に漏れがある場合は再提出していただくこともありますので、漏れがないようご確認ください。

※記載漏れ等の不備に関しては、審査を行っている次の委託事業者よりお問い合わせすることがありますので、よろしくお願い致します。
再春館システム㈱（電話番号：０５０－３７４３－１０８３）

「接種を見合わせた理由」欄は、見合わせ理由となった予診票の質問番号に○印をしてください。※接種見合わせ料は、診察後、医学的所見に基づき見合わせた場合のみ請求してください。

次のような、予防接種関係法令等に基づかない接種については、委託料をお支払いできません。また、万一、健康被害事故が生じた場合にも、被接種者が予防接種法等に定める健康被害救済の対象にならないことがありますので、十分ご注意願います。

公費負担対象外の例
① 被接種者が65歳以上の大阪市民ではない場合
② 接種回数が2回目以降の場合
③ ワクチン接種量が0．5mlではない場合

14. 接種委託料の支払い

接種委託料は契約の際に提出いただいた「口座振替申出書」に記載の銀行口座に、大阪市会計室から振込まれます。

「口座振替申出書」の内容に変更が生じたときは、速やかに所轄の保健福祉センターへ「予防接種実施医療機関等変更届」(別紙 6)をご提出ください。

種別	自己負担額	公費負担額
接種　自己負担あり(※)	1，500円 (ワクチン代相当)	3，560円 (接種料相当)
接種　自己負担なし	0円	5，060円 (ワクチン代及び 接種料相当)
見合わせ	0円	3，168円

15. その他

(1)予防接種の実施にあたっては、予防接種の時間又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してください。

(2)ワクチンは実施医療機関及び実施施設で購入していただくことになっております。ワクチンロスを避けるため、接種は予約方式をとり、接種希望者数に応じた量をご購入されることをお勧めします。

(3)医療機関の代表者、住所等の変更があった場合、速やかに所轄の保健福祉センターへご連絡のうえ、「予防接種実施医療機関等変更届」(別紙 6)をご提出ください。

別紙１

令和5年度版

高齢者がインフルエンザにかかると重症化することがあります

インフルエンザの予防接種を受けましょう！

～高齢者の方の接種費用一部助成について～

インフルエンザは、例年１２月～２月にかけて流行します。３８℃以上の発熱、頭痛や関節・筋肉痛などの全身の症状が急に現れ、肺炎等の合併症を引き起こして重症化することがあります。インフルエンザが流行する前に予防接種を受けることで、重症化や合併症の発生を予防し、インフルエンザによる死亡を１/５に、入院を約１/３～１/２にまで減少することが期待できるとされています。

接種時期：10月1日～翌年の1月末まで

接種対象者：○満65歳以上の市民の方

○満60歳～65歳未満の方のうち心臓・腎臓・呼吸器・ヒト免疫不全ウイルスによる免疫の機能に自己の日常生活が極度に制限される程度の障がい（身体障がい者手帳1級相当）を有する市民の方

接種費用：1,500円

※生活保護受給者および市民税非課税世帯の方は接種当日に確認できる書類をご持参いただくと無料になります。

［確認書類(例)：保護決定通知書、生活保護適用証明書、介護保険負担限度額認定証、後期高齢者医療限度額適用・標準負担額減額認定証、介護保険料決定通知書(保険料段階が１～４段階に限る)など］

※介護保険料決定通知書を紛失された方につきましては、再発行はできませんので、裏面の問い合せ先までご連絡ください。

助成回数：1回

1　予防接種の受け方

接種予約：委託医療機関※へ電話などで申し込みます。

※委託医療機関一覧は、大阪市ホームページ、もしくはお住まいの区の保健福祉センターにご確認ください。

大阪市ホームページ	各種予防接種委託医療機関	検索

接種当日：（１）医療機関で予診票および実施申込書に必要事項を記入します。

（２）体温を測定し、医師が診察により接種できるかどうかの判定を行います。

（３）判定の結果、本人にサインをいただいてから接種します。

2　予防接種を受ける前に

予防接種は体調のよいときに受けてください。現在、病気などで治療中の方、または今までに免疫状態の異常を指摘されたことのある方、その他気になることやわからないことがあれば主治医に相談してください。

※参考

[予防接種を受けることができない方]

・発熱（一般的には３７.５℃以上）のある人
・急性疾患にかかっている人
・インフルエンザワクチンに含まれる成分によって、アナフィラキシー（接種後約30分以内におこる強いアレルギー反応やショック状態になること）を起こしたことのある人
・その他、医師が不適当と判断した場合

※新型コロナワクチンとインフルエンザワクチンは、同時接種することができ、接種間隔に関する規定も廃止されています。

3 予防接種の副反応

予防接種の接種部位が赤みを帯びたり、腫れたり、痛むことがあります。また、熱が出たり、寒気がしたり、頭痛や全身のだるさなどがみられることもありますが、通常２～３日のうちに治ります。非常にまれですが、ショックやじんましん、呼吸困難などが現れることがあります。

4 予防接種を受けた後の注意

※予診票の副票は大切に保管してください。

（１）予防接種を受けたあとに急な副反応が起こることがあるので、接種後その場で様子をみて、30分たってから医療機関を出るようにしましょう。
（２）副反応の多くは１週間以内に出現しますので、特にこの間は体調の変化に注意しましょう。
（３）注射部位の腫れ、高熱、嘔吐、けいれん（ひきつけ）、その他変わったことがあるときは、すみやかに医師の診断を受け、保健福祉センターに連絡してください。
（４）入浴はさしつかえありませんが注射部位をこするのはやめましょう。
（５）接種当日は体調の変化に気を配り、激しい運動や大量の飲酒は控えましょう。

【各区保健福祉センター問い合わせ先】

保健福祉センター	電話番号	保健福祉センター	電話番号	保健福祉センター	電話番号
北　区	06-6313-9882	天王寺区	06-6774-9882	城東区	06-6930-9882
都島区	06-6882-9882	浪速区	06-6647-9882	鶴見区	06-6915-9882
福島区	06-6464-9882	西淀川区	06-6478-9882	阿倍野区	06-6622-9882
此花区	06-6466-9882	淀川区	06-6308-9882	住之江区	06-6682-9882
中央区	06-6267-9882	東淀川区	06-4809-9882	住吉区	06-6694-9882
西　区	06-6532-9882	東成区	06-6977-9882	東住吉区	06-4399-9882
港　区	06-6576-9882	生野区	06-6715-9882	平野区	06-4302-9882
大正区	06-4394-9882	旭　区	06-6957-9882	西成区	06-6659-9882

大阪市保健所感染症対策課　TEL：06-6647-0656　FAX：06-6647-1029　令和５年9月作成

別紙 2

インフルエンザ　６５歳以上の方等

◎ この予防接種は自己負担がかかります。
ただし、生活保護受給者及び市民税非課税世帯の方は無料です。
（接種当日に確認できる書類をご持参ください。）
◎ 「インフルエンザ予防接種のお知らせ」をよく読みましょう。
◎ この副票は、この予防接種の証明となりますので、大切に保管してください。

年　月　日
0.5ml
皮下
接種部位（左・右）上腕部

※ 予防接種を見合わせた理由〔　　〕

インフルエンザ予防接種　予診票

◎ 接種当日に太ワク内のみを、記入してください。（※印は記入しないでください。）

住　所	大阪市　　区		
氏　名		男 ・ 女	電話（　　）
生年月日	明治・大正・昭和　　年　　月　　日生（満　　歳）		

年　月　日
0.5ml
皮　下

質　問　事　項	回答欄		医師の確認欄
1. 今日受けるインフルエンザ予防接種についての説明書を読みましたか。	はい	**いいえ**	
2. 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**	
3. 今日、身体にぐあいの悪いところがありますか。 それはどんな状態ですか。（　　）	**はい**	いいえ	
4. その他、最近1か月以内に病気にかかったりケガをしましたか。 病名（　　）時期（　　頃）	**はい**	いいえ	
5. 現在、何か病気にかかっていますか。 病名（　　） 治療（投薬など）を受けていますか。 その病気を診てもらっている主治医に今日の予防接種は受けてよいといわれましたか。	**はい** **はい** はい	いいえ いいえ **いいえ**	
6. 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（　　） その病気を診てもらっている主治医に今日の予防接種は受けてよいといわれましたか。	**はい** はい	いいえ **いいえ**	
7. 免疫不全と診断されたことがありますか。	**はい**	いいえ	
8. 薬や食べ物で皮ふに発疹やじんましんがでたり、身体の具合が悪くなったことがありますか。	**はい**	いいえ	
9. ひきつけ（けいれん）をおこしたことがありますか。	**はい**	いいえ	
10. ニワトリの肉や卵などにアレルギーがありますか。	**はい**	いいえ	
11. 以前にインフルエンザの予防接種を受けて身体のぐあいが悪くなったことがありますか。 インフルエンザ以外の予防接種を受けて身体のぐあいが悪くなったことがありますか。	**はい** **はい**	いいえ いいえ	
12. 1か月以内に何か予防接種を受けましたか。受けた予防接種の種類（　　）	**はい**	いいえ	
13. その他、今日の予防接種について何か質問がありますか。 具体的に（　　）	**はい**	いいえ	

※〔医師の記入欄〕

診察所見・その他特記事項

以上の予診(問診、検温、診察)の結果、今日の予防接種は(実施できる・見合わせたほうがよい)と判断します。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をしました。

※ 体温測定　　度　　分

医師署名
又は
記名押印

※ 使用ワクチン名　　**※ 実施場所**
※ Lot No.
※ 最終有効年月日　　**※ 接種部位（左・右）上腕部**　　**※ 接種医師名**

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。）

私は、医師の診察・説明を受け、インフルエンザの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うえで、接種を希望します。（※自署できない場合は代筆者が署名し、代筆者氏名及び被接種者との続柄を記載してください。）

被接種者署名＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿ **代筆者名**＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿ **続柄**＿＿＿＿

◎この予診票は、予防接種における安全性の確保を目的としています。提出いただきました予診票は、この目的以外には使用いたしません。

予防接種実施申込書（報告書）
インフルエンザ・高齢者用肺炎球菌用

黒ボールペンで記入してください。

本人記入欄

申込年月日（接種年月日）	
令和 □□ 年 □□ 月 □□ 日	
接種を受ける方の フリガナ	
氏名	□ 1 男 2 女 ※性別の番号を記入してください
生年月日	3 2 1 昭大明和正治 年号 □ □□ 年 □□ 月 □□ 日 歳 ←必ず記入してください
住所	〒 □□□ □□□□ ←郵便番号を必ず記入してください 大阪市 区 電話（ ） －
今日、受ける予防接種	□□ 今日受ける予防接種の種類を下より選び、左枠内に番号を記載してください。

今日受ける予防接種の種類	番号	接種対象年齢
インフルエンザ（4価ワクチン）	20	65歳以上
高齢者用肺炎球菌（ポリサッカライド）	30	

６０歳以上６５歳未満であって次の項目に該当する（身体障がい者手帳１級相当）市民でインフルエンザ及び成人用肺炎球菌予防接種を希望する方は該当する項目の□にチェックを入れてください。

□ 心臓の機能の障がいにより自己の身辺の日常生活動が極度に制限される方

□ 腎臓の機能の障がいにより自己の身辺の日常生活動が極度に制限される方

□ 呼吸器の機能の障がいにより自己の身辺の日常生活動が極度に制限される方

□ ヒト免疫不全ウイルスによる免疫の機能の障がいにより日常生活がほとんど不可能な方

（フリガナ記入例）

フリガナ	ヨ ボ ウ セ ッ シ ュ タ ロ ウ
氏名	予防接種 太郎

＊ カナ氏名の間は1マス空ける
＊ 小文字は1マスで記入する
＊ フリガナは、左詰で記入する

予防接種実施報告書

医療機関記入欄

摘要 枠内に番号を記入してください。	1．接種 2．接種見合わせ □
自己負担の有無と免除等理由いずれかの番号を記入してください。	1．自己負担あり 2．自己負担なし（生活保護受給者） 3．自己負担なし（市民税非課税世帯） 4．自己負担なし（公害認定患者） ※インフルエンザのみ □
接種を見合わせた理由 該当する予診票の質問番号に○印を記入してください。	1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12 13 その他（ ）

予防接種を行ったので報告します。

（請求者）　　医療機関コード・施設コードは枠内にご記入ください

医療機関コード
又は施設コード　□

所在地
医療機関・施設名称
開設者又は代表者
電話番号

別紙3

【予防接種の接種日が令和5年10月1日以降の請求様式】

別紙4

様式5（表面）

令和　　年　　月分　個別予防接種請求書

請求金額　金　　円

（表面、裏面の合算額を記入ください）

[DPT-IPV予防接種]【実施申込書（報告書）の番号：75～78】

1期	初回	1回目	件	件×@ 10,862	
		2回目	件		
		3回目	件	＝　円	
	追加		件		

－接種見合せ料－

件 × @ 3,470

＝　円

[DPT予防接種]【実施申込書（報告書）の番号：01～04】

1期	初回	1回目	件	件×@ 5,527	
		2回目	件		
		3回目	件	＝　円	
	追加		件		

－接種見合せ料－

件 × @ 3,470

＝　円

[DT予防接種]【実施申込書（報告書）の番号：05～08】

※DTのみ接種する場合、1期初回の接種回数は2回

1期	初回	1回目	件	件×@ 5,527	
		2回目	件	＝　円	
	追加		件		

－接種見合せ料－

件 × @ 3,470

＝　円

[DT予防接種]【実施申込書（報告書）の番号：09】

2 期	件	件×@ 5,060	＝　円

－接種見合せ料－

件 × @ 3,388

＝　円

[ポリオ予防接種]【実施申込書（報告書）の番号：71～74】

初回	1回目	件	件×@ 9,861	
	2回目	件		
	3回目	件	＝　円	
追加		件		

－接種見合せ料－

件 × @ 3,470

＝　円

[MR予防接種]【実施申込書（報告書）の番号：10・11】

1 期	件	件×@ 12,540	＝　円
2 期	件	件×@ 10,285	＝　円

－接種見合せ料－

件 × @ 5,643

＝　円

件 × @ 3,388

＝　円

[麻しん予防接種]【実施申込書（報告書）の番号：12・13】

1 期	件	件×@ 8,998	＝　円
2 期	件	件×@ 7,568	＝　円

－接種見合せ料－

件 × @ 5,643

＝　円

件 × @ 4,213

＝　円

[風しん予防接種]【実施申込書（報告書）の番号：14・15】

1 期	件	件×@ 8,998	＝　円
2 期	件	件×@ 7,568	＝　円

－接種見合せ料－

件 × @ 5,643

＝　円

件 × @ 4,213

＝　円

[BCG予防接種]【実施申込書（報告書）の番号：98】

1回	件	件×@ 10,065	＝　円

－接種見合せ料－

件 × @ 4,158

＝　円

※　日本脳炎、インフルエンザ、ヒブ、小児用肺炎球菌、子宮頸がん、水痘、高齢者用肺炎球菌、B型肝炎、ロタウイルス予防接種の請求は裏面です。

以上のとおり請求します

（提出先）大　阪　市　長

令和　　年　　月　　日

（請求者）

医療機関コード
施設コード

所在地

〒　　－

（郵便番号は必ず記入してください）

医療機関・施設名称

開設者又は代表者

電話番号
（必ず記入してください）

［注　意］

・枠内にはっきりご記入ください

・予防接種申込書（報告書）を添付してください

（請求書表面の請求者名は必ず記載してください）

様式5（裏面）

［日本脳炎予防接種］【実施申込書（報告書）の番号:16～18】

					－接種見合せ料－
1期	初回	1回目	件	件×@ 7,433	件 × @ 3,479
		2回目	件	＝ 円	＝ 円
	追 加		件		

［日本脳炎予防接種］【実施申込書（報告書）の番号:22】

経過措置	初回	1回目	件	件×@ 6,744	件 × @ 2,790
		2回目	件	＝ 円	＝ 円
	追 加		件		

※1期の経過措置分は、予防接種実施申込書（報告書）の記載番号が「22」であることを確認してください

※2期の接種者は13歳以上であっても経過措置ではなく2期に記載し、予防接種実施申込書（報告書）の記載番号が「19」であることを確認してください

［日本脳炎予防接種］【実施申込書（報告書）の番号:19】

2 期	件	件×@ 7,205 ＝ 円	件 × @ 3,388 ＝ 円

［インフルエンザ予防接種］【実施申込書（報告書）の番号:20】

			－接種見合せ料－
65歳以上自己負担あり	件	件×@ 3,560 ＝ 円	件 × @ 3,168 ＝ 円
65歳以上自己負担なし	件	件×@ 5,060 ＝ 円	

［ヒブワクチン］【実施申込書（報告書）の番号:60～63】

				－接種見合せ料－
初回	1回目	件	件×@ 9,506	件 × @ 2,920
	2回目	件	＝ 円	＝ 円
	3回目	件		
追 加		件		

［小児用肺炎球菌ワクチン］【実施申込書（報告書）の番号:64～67】

				－接種見合せ料－
初回	1回目	件	件×@ 12,485	件 × @ 2,920
	2回目	件	＝ 円	＝ 円
	3回目	件		
追 加		件		

［子宮頸がん予防ワクチン(サーバリックス・ガーダシル)］【実施申込書（報告書）の番号:68～70】

			－接種見合せ料－
1回目	件	件×@ 16,940	件 × @ 2,192
2回目	件	＝ 円	＝ 円
3回目	件		

［子宮頸がん予防ワクチン(シルガード9)］【実施申込書（報告書）の番号:81～83】

			－接種見合せ料－
1回目	件	件×@ 31,240	件 × @ 2,192
2回目	件	＝ 円	＝ 円
3回目	件		

［水痘ワクチン］【実施申込書（報告書）の番号:79・80】

			－接種見合せ料－
1回目	件	件×@ 10,835	件 × @ 5,643
2回目	件	＝ 円	＝ 円

［高齢者用肺炎球菌予防接種］【実施申込書（報告書）の番号:30】

			－接種見合せ料－
自己負担あり	件	件×@ 4,065 ＝ 円	件 × @ 3,388 ＝ 円
自己負担なし	件	件×@ 8,365 ＝ 円	

［B型肝炎ワクチン］【実施申込書（報告書）の番号:88～90】

			－接種見合せ料－
1回目	件	件×@ 6,891	件 × @ 4,433
2回目	件	＝ 円	＝ 円
3回目	件		

［ロタウイルスワクチン］【実施申込書（報告書）の番号:93～97】

				－接種見合せ料－
ロタリックス	1回目	件	件×@ 15,235	件 × @ 4,158
	2回目	件	＝ 円	＝ 円
ロタテック	1回目	件	件×@ 10,208	件 × @ 4,158
	2回目	件	＝ 円	＝ 円
	3回目	件		

別紙5

（別紙様式1）

報告先：（独）医薬品医療機器総合機構
新型コロナワクチン専用FAX番号：0120-011-126
その他ワクチン用FAX番号：0120－176－146

予防接種後副反応疑い報告書

予防接種法上の定期接種・臨時接種、任意接種の別		□定期接種・臨時接種　□任意接種				
患者（被接種者）	氏名又はイニシャル（姓・名）	フリガナ （定期・臨時の場合は氏名、任意の場合はイニシャルを記載）	性別	1 男　2 女	接種時年齢	歳　月
	住所	都道府県　区市町村	生年月日	T H S R　年　月　日生		
報告者	氏名	1 接種者（医師）　2 接種者（医師以外）　3 主治医　4 その他（　）				
	医療機関名		電話番号			
	住所					
接種場所	医療機関名					
	住所					

ワクチン	ワクチンの種類（②～④は、同時接種したものを記載）	ロット番号	製造販売業者名	接種回数
	①			① 第　期（　回目）
	②			② 第　期（　回目）
	③			③ 第　期（　回目）
	④			④ 第　期（　回目）

接種の状況	接種日	平成・令和　年　月　日　午前・午後　時　分	出生体重	グラム（患者が乳幼児の場合に記載）
	接種前の体温	度　分	家族歴	
	予診票での留意点（基礎疾患、アレルギー、最近1ヶ月以内のワクチン接種や病気、服薬中の薬、過去の副作用歴、発育状況等） 1 有→（　） 2 無			

症状の概要	症状	定期接種・臨時接種の場合で次頁の報告基準に該当する場合は、ワクチンごとに該当する症状に○をしてください。 急性散在性脳脊髄炎、ギラン・バレ症候群、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。）、心筋炎又は心膜炎に該当する場合は、各調査票を記入のうえ、提出してください。		
		報告基準にない症状の場合又は任意接種の場合（症状名：　）		
	発生日時	平成・令和　年　月　日　午前・午後　時　分		
	本剤との因果関係	1 関連あり　2 関連なし　3 評価不能	他要因（他の疾患等）の可能性の有無	1 有→（　） 2 無
	概要（症状・徴候・臨床経過・診断・検査等）			
	○製造販売業者への情報提供　：　1 有　2 無			

症状の程度	1 重い →	1 死亡　2 障害　3 死亡につながるおそれ　4 障害につながるおそれ 5 入院（病院名：　医師名： 平成・令和　年　月　日 入院 ／ 平成・令和　年　月　日 退院） 6 上記1～5に準じて重い　7 後世代における先天性の疾病又は異常
	2 重くない	

症状の転帰	転帰日	平成・令和　年　月　日
	1 回復　2 軽快　3 未回復　4 後遺症（症状：　）　5 死亡　6 不明	
報告者意見		
報告回数	1 第1報　2 第2報　3 第3報以後	

（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	1	アナフィラキシー	4時間	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
		2	脳炎・脳症	28日	
		3	けいれん	7日	
		4	血小板減少性紫斑病	28日	
		5	その他の反応	－	
	麻しん 風しん	1	アナフィラキシー	4時間	
		2	急性散在性脳脊髄炎（ADEM）	28日	
		3	脳炎・脳症	28日	
		4	けいれん	21日	
		5	血小板減少性紫斑病	28日	
		6	その他の反応	－	
	日本脳炎	1	アナフィラキシー	4時間	
		2	急性散在性脳脊髄炎（ADEM）	28日	
		3	脳炎・脳症	28日	
		4	けいれん	7日	
		5	血小板減少性紫斑病	28日	
		6	その他の反応	－	
	結核（BCG）	1	アナフィラキシー	4時間	
		2	全身播種性BCG感染症	1年	
		3	BCG骨炎（骨髄炎、骨膜炎）	2年	
		4	皮膚結核様病変	3か月	
		5	化膿性リンパ節炎	4か月	
		6	髄膜炎（BCGによるものに限る。）	－	
		7	その他の反応	－	
	Hib感染症 小児の肺炎球菌感染症	1	アナフィラキシー	4時間	
		2	けいれん	7日	
		3	血小板減少性紫斑病	28日	
		4	その他の反応	－	
	ヒトパピローマウイルス感染症	1	アナフィラキシー	4時間	
		2	急性散在性脳脊髄炎（ADEM）	28日	
		3	ギラン・バレ症候群	28日	
		4	血小板減少性紫斑病	28日	
		5	血管迷走神経反射（失神を伴うもの）	30分	
		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	－	
	水痘	1	アナフィラキシー	4時間	
		2	血小板減少性紫斑病	28日	
		3	無菌性髄膜炎（帯状疱疹を伴うもの）	－	
		4	その他の反応	－	
	B型肝炎	1	アナフィラキシー	4時間	
		2	急性散在性脳脊髄炎（ADEM）	28日	
		3	多発性硬化症	28日	
		4	脊髄炎	28日	
		5	ギラン・バレ症候群	28日	
		6	視神経炎	28日	
		7	末梢神経障害	28日	
		8	その他の反応	－	
	ロタウイルス感染症	1	アナフィラキシー	4時間	
		2	腸重積症	21日	
		3	その他の反応	－	
	インフルエンザ	1	アナフィラキシー	4時間	
		2	急性散在性脳脊髄炎（ADEM）	28日	
		3	脳炎・脳症	28日	
		4	けいれん	7日	
		5	脊髄炎	28日	
		6	ギラン・バレ症候群	28日	
		7	視神経炎	28日	
		8	血小板減少性紫斑病	28日	
		9	血管炎	28日	
		10	肝機能障害	28日	
		11	ネフローゼ症候群	28日	
		12	喘息発作	24時間	
		13	間質性肺炎	28日	
		14	皮膚粘膜眼症候群	28日	
		15	急性汎発性発疹性膿疱症	28日	
		16	その他の反応	－	
	高齢者の肺炎球菌感染症	1	アナフィラキシー	4時間	
		2	ギラン・バレ症候群	28日	
		3	血小板減少性紫斑病	28日	
		4	注射部位壊死又は注射部位潰瘍	28日	
		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。）	7日	
		6	その他の反応	－	
	新型コロナウイルス感染症	1	アナフィラキシー	4時間	
		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。）	28日	
		3	心筋炎	28日	
		4	心膜炎	28日	
		5	熱性けいれん	7日	
		6	その他の反応	－	

別紙　6

予防接種実施医療機関等変更届

令和　　年　　月　　日

大阪市長　様

医療機関コード
名　称
所在地　〒　　－
電話番号
開設者又は
代表者の氏名

次のとおり変更します。

		変更前（**変更点のみ記入**）	変更後（**変更点のみ記入**）
ふりがな 名　　称			
ふりがな 所 在 地		〒	〒
電話番号			
ふりがな 開設者又は 代表者氏名			
振込先口座	振込先銀行	銀行　　支店	銀行　　支店
	預金種別	普通　・　当座	普通　・　当座
	ふりがな 口座名義		
	口座番号		
届出印 （届出印は契約時の印。銀行印ではありません。）			

次表の「実施欄」に届出以降、実施するもの全てに〇印、実施しないもの全てに×印をしてください。

実施欄	実施する予防接種の種類	実施欄	実施する予防接種の種類
	百日せき･ジフテリア･破傷風･急性灰白髄炎(ポリオ)混合		小児用肺炎球菌
	ジフテリア・百日せき・破傷風混合		子宮頸がん予防
	ジフテリア・破傷風混合		水痘
	急性灰白髄炎（ポリオ）		Ｂ型肝炎（小児）
	麻しん風しん混合		インフルエンザ（高齢者）
	麻しん		高齢者用肺炎球菌（高齢者）
	風しん		ロタリックス
	日本脳炎		ロタテック
	ヒブ		

※ 本市では各種予防接種について、ホームページや紙媒体で接種可能な実施医療機関の一覧表を掲載しています。掲載の希望についてどちらかを〇で囲んでください。

・医療機関一覧表（ホームページ・紙媒体）への掲載を〔　希望する　・　希望しない　〕

資料1

〒

様

令和　第　年　月　日　号

大阪市　保健福祉センター所長

530-8201
大阪市北区中之島１丁目３番２０号

大阪市福祉局生活福祉部保護課
電話番号　06-6208-8011
ＦＡＸ番号　06-6202-0990

保護決定通知書

生活保護法による保護を次のとおり決定いたしましたから通知します。

1　保護　　開始・変更・再開　　令和　年　月　日
2　保護の方法　　(1)居宅保護　　(2)施設入所等による保護（施設名等　　）
3　保護の種類　　生活扶助・住宅扶助・教育扶助・介護扶助・医療扶助
4　保護決定理由

5　扶助額　（月額）

扶助額	生活扶助	住宅扶助	教育扶助	一時扶助	支給額	本人支払額	収入（B）		
							収入充当額	手持金	合計
[(A)－(B)]	円	円	円	円	円	円	円	円	円

内訳	生活扶助						教育扶助			
	ア基準額	イ加算額	ウ介護保険料加算	エ冬季加算	オ期末一時扶助(12月のみ)	住宅扶助	月～　月	調整額	上積額	合計
(A)	円	円	円	円	円	円	円	円	円	円

今回は日割計算などにより次の金額を支払います。

	月	月	月	今回支給額	支払方法
	円	円	円	円	
	円	円	円	円	
	円	円	円	円	

6　保護費の支払日と支払い場所
毎月１日（ただし、土曜、日曜の時は、原則金曜）以後に｛銀行　支店／当センター｝で受け取ってください。　ただし、今回の支給額は当センターにおいて、　月　日　午前／午後　時にお支払いしますので印かんをご持参の上、来所してください。

処分に不服があるときはこの通知を受けた日の翌日から起算して３か月以内に大阪府知事に対し審査請求ができます。審査請求に対する裁決を経た場合に限り、裁決があったことを知った日の翌日から起算して６か月以内に大阪市を被告として処分の取消しの訴えを提起できます（訴訟において大阪市を代表する者は大阪市長）。ただし次のいずれかに該当する場合は裁決を経ないで当該訴えを提起できます。①審査請求（行政不服審査法２３条により不備の補正を命じられた場合は不備を補正）した日の翌日から起算して５０日（５０日以内に同法４３条３項により通知を受けた場合は７０日）を経過しても裁決がないとき②処分、処分の執行又は手続きの続行により生ずる著しい損害を避けるため緊急の必要があるとき③その他裁決を経ないことに正当な理由があるとき

資料2

第　号
令和　年　月　日

生活保護適用証明書

次の者は当所において、生活保護法の適用を受けていることを証明します。

大阪市本庁保護課保健福祉センター所長
大　阪　市　長

記

住所	大阪市　　区
氏名	（外　名）
扶助の種類	生活・住宅・教育・介護・医療
適用期間	継続中 昭和・平成・令和　年　月　日～昭和・平成・令和　年　月　日
その他	

(注) 余白の時は斜線抹消。

資料3

生活保護法 医療券・調剤券　（　年　月分）

公費負担者番号	1 2 2 7	有効期限	日から　日まで
受給者番号		単独・併用別	単独・併用
氏名	明・大・昭・平・令　年　月　日生　男・女	居住地	大阪市　区
指定医療機関名	病院・医院・診療所・クリニック・歯科医院	診療別	入院　入院外 調剤 歯科　訪問介護
傷病名	(1) (2) (3) (4) (5)	本人支払額	※　円
	印		
備考	社会保険	あり　(健保・継続・共済・船員)　なし	
	感染症の予防及び感染症の患者に対する医療に関する法律第３７条の２	あり　なし	
	その他		

テスト用

指定医療機関	27-9801298-1 大阪市立総合医療センター
	大阪市都島区都島本通２－１３－２２

平成24年05月14日

大阪市北区保健福祉センター所長

公費負担者番号　12271011

生活保護法医療券　（平成24年05月分）　併用

1 / 1

No.	受給者番号	患者氏名（生年月日・性別）	診療別	有効期間	本人支払額	社会保険	※1 適用他法	後保	※2 訪問診療
1	0019990	大阪　太郎 昭和 10 年 12 月 25 日　男	医科入院	01日－31日	10,000		○	○	○
2	0011123	大阪　次郎 昭和 30 年 08 月 08 日　男	医科入院外	01日－31日		健康保険			
3									
4									
5									
6									
7									
8									
9									
10									
11									
12									
13									
14									
15									

※1　感染症の予防及び感染症の患者に対する医療に関する法律第３７条の２
※2　○印が付いているものについては、訪問診療を要すると認めます。
9999999

01M0000001

資料４

年度　休日・夜間等診療依頼証

有効期間		から まで有効
番号		
世帯主	フリガナ 氏名	
	生年月日	
	住所	
発行者	名称	
	所在地 電話番号	
交付年月日		

医療機関各位　本依頼証の取り扱いにつきまして、裏面に記載の「◇医療機関に対してお願い」をご確認いただきますようお願いいたします。

医療扶助受給資格者

フリガナ 氏名	性別	生年月日

資料５

「介護保険料決定通知書」

お問い合わせ先

被保険者番号
氏　　名

平成２６年７月１日作成

介護保険料　決定　通知書

平成２６年度　介護保険料を次のとおり　決定　しましたので通知します。
なお、この決定通知書については、
平成２６年６月３０日　時点のデータに基づき作成しています。

大阪市長

◎ この通知書の発行事由

本算定・徴収方法変更

◎ 月別保険料額（　平成２６年度　）

特別徴収（支給される年金から保険料が差し引かれる方法）の場合

徴収月	4月	6月	8月	10月	12月	2月	合計（ア）

平成27年度 特別徴収額（円）		
4月	6月	8月

※翌年度仮徴収額

普通徴収（口座振替又は納付書で納めていただく方法）の場合

徴収月	4月	5月	6月	7月	8月	9月	
徴収額（円）							
徴収月	10月	11月	12月	1月	2月	3月	合計（イ）
徴収額（円）							

平成26年度 保険料年額（円）
（ア）+（イ）

◎ 保険料の納付方法

・特別徴収の場合
次の年金から差し引かれます。
ただし、年度途中に保険料額が増額した場合は、その差額分を普通徴収により納めていただきます。

上半期（4月～9月）

年金保険者	
対象となる年金	

下半期（10月～3月）・翌年度仮徴収期間

年金保険者	
対象となる年金	

・普通徴収の場合
口座振替を依頼されている方は、下記の金融機関等の口座から引き落とされます。口座振替を依頼されて

第１～４段階の方が無料接種の対象者です。

金融機関等の名称	
店舗名	

◎ あなたの　平成26年度　保険料段階　第　　段階　です。

※ 世帯主及び配偶者の方は、保険料を納付義務者と連帯して納付する義務があります。

◎ 保険料段階の決定根拠

課税状況	
合計所得金額	

◎ 保険料額内訳（　平成26年度　）

	今回保険料額（円）		
保険料額　①			
減免額　②			
年間保険料額（①－②）			

◎過年度保険料額

	変更後保険料額（円）	変更前保険料額（円）
既賦課額（　＊＊＊＊＊＊　）	＊＊＊＊	＊＊＊＊
既賦課額（　＊＊＊＊＊＊　）	＊＊＊＊	＊＊＊＊

資料6

介護保険負担限度額認定証

交付年月日

被保険者	番号
	住所
	氏名
	生年月日
	適用年月日
	有効期限
食費の負担限度額	円
居住費又は滞在費の負担限度額	ユニット型個室 円 ユニット型個室(特養等) 円 従来型個室(特養等) 円 従来型個室(老健・療養等) 円 多床室 円

271007

大阪市

大阪市

住所

電話 FAX

介護保険 印 試験 10

注意事項

1 この証によって指定介護福祉施設サービス、地域密着型介護老人福祉施設入所者生活介護、短期入所生活介護及び介護予防短期入所生活介護（この証の表面において「特養等」という。）並びに介護保健施設サービス、介護医療院サービス、指定介護療養施設サービス、短期入所療養介護及び介護予防短期入所療養介護（この証の表面において「老健・療養等」という。）を利用する際に食事の提供を受け、又は居住若しくは滞在する場合には、この証の表面に記載する負担限度額が支払いの上限となります。

2 前号に規定するサービスを利用するときは、被保険者証とともに必ずこの証を特定介護保険施設等の窓口に提出してください。

3 被保険者の資格がなくなったとき、認定の条件に該当しなくなったとき又は負担限度額認定証の有効期限に至ったときは、遅滞なく、この証をお住まいの区の介護保険の窓口に返してください。また、転出の届出をする際には、この証を添えてください。

4 この証の表面の記載事項に変更があったときは、14日以内に、この証を添えて、お住まいの区の介護保険の窓口にその旨を届け出てください。

5 不正にこの証を使用した者は、刑法により詐欺罪として懲役の処分を受けます。

介護保険負担限度額証

資料7

N-NNNN
N-------- (25) ---------NNN
N-------- (25) ---------NNN
N-------- (25) ---------NNN
N-------- (25) ---------NNN
N-------- (25) ---------NNN

お問い合わせ先
NNN-NNNN
NNN--- (15) --NNN
NNN--- (15) --NNN
NNN--- (15) --NNN
NNN--- (15) --NNN
電話 XXXXXXXXXXXXXX
FAX XXXXXXXXXXXXXX

介護保険高額介護サービス費受領委任払承認（変更）通知書

NNZ9年Z9月Z9日
NNNNNNNXXXXXXXN

NNN--------- (26) ---------NNN
NNN--------- (26) ---------NNN

大阪市長

NNZ9年Z9月Z9日付けで申請のあった高額介護サービス費受領委任払について、次のとおり承認（変更）しましたので通知します。

保険者番号		271007
被保険者番号		9999999999
被保険者氏名		NNN-------- (25) ---------NNN
被保険者住所		NNN-------- (25) ---------NNN NNN-------- (25) ---------NNN
介護保険施設	名称	NNN-------- (25) ---------NNN 事業所番号 9999999999
	所在地	〒NNN-NNNN NNNNNNNNNNNNNNNN NNNNNNNNNNN 電話番号 XXXXXXXXXXXXXX
適用開始年月		NNZ9年Z9月
利用者負担上限額		ZZ, ZZ9円
有効期限		NNZ9年Z9月利用分から NNZ9年Z9月利用分まで （ただし、月途中の退院（退所）の場合はその前月の支払分まで）

注 1 あなたの世帯において、あなたが介護保険施設に払う金額（月額）は上記の利用者負担上限額です。ただし、上記の利用者負担上限額を超えない場合は、その月の委任払いは無効となります。
また、食事代や日常生活費、個室料などは除きます。
上限額を超えた保険給付による介護サービス費は、大阪市から直接介護保険施設に支払われます。

2 月途中の入所については、その翌月以降を承認可能月とします。

3 この承認通知書は、上記の介護保険施設でのみ有効です。

4 毎月1回、保険資格の確認を行います。

5 退院（退所）・転出・転居・死亡時及び住所・氏名等に変更があった場合は、区の保健福祉センターの介護保険の窓口に届け出てください。

6 給付制限の適用が行われた場合は、給付制限の開始日の属する月からこの承認を取消します。

（被保険者用）

資料8

令和6年3月31日まで有効

インフルエンザ及び高齢者の肺炎球菌感染症予防接種にかかる介護保険料段階閲覧申請書兼同意書

（申請者）住所 大阪市 区

氏名 生年月日 明・大・昭 年 月 日

同意書

大阪市長

私は、大阪市高齢者インフルエンザ及び高齢者の肺炎球菌感染症予防接種にかかる自己負担金の免除（非課税世帯該当）を受けるにあたり、次の理由により下記の閲覧項目について、私の介護保険関係公簿を閲覧されることに同意します。

理由
・介護保険料決定通知書の紛失等により、申請日現在の介護保険料段階を証明する書類が無いため

【閲覧項目】
介護保険料段階（申請日現在）

年 月 日

（被保険者）・住所 大阪市 区

氏名 生年月日 明・大・昭 年 月 日

・申請者と同じ

インフルエンザ及び高齢者の肺炎球菌感染症予防接種にかかる自己負担免除確認書（介護保険料段階内容確認書）

※インフルエンザと高齢者の肺炎球菌では対象者が異なりますので、接種にあたっては、各予防接種の対象者であるかご確認ください。
また、高齢者の肺炎球菌については、必ず接種歴をご確認ください（過去に接種したことがある方は定期接種の対象外となります）

介護保険業務担当記入欄		保健業務担当記入欄
	介護保険料段階	確認欄
氏名	第 段階 ※申請日現在	本人確認書類 ・運転免許証・身体障がい者手帳 ・保険証 ・個人番号通知カード ・その他 （ ）

※確認の手順
①保健業務担当にて本人確認し、確認欄に受付印を押してください。また、本人確認した書類を記載してください。
②介護保険業務担当にて介護保険料段階を確認し、介護保険業務担当欄に必要事項を記載してください。

資料9

キリトリ線

後期高齢者医療限度額適用・標準負担額減額認定証

交付年月日

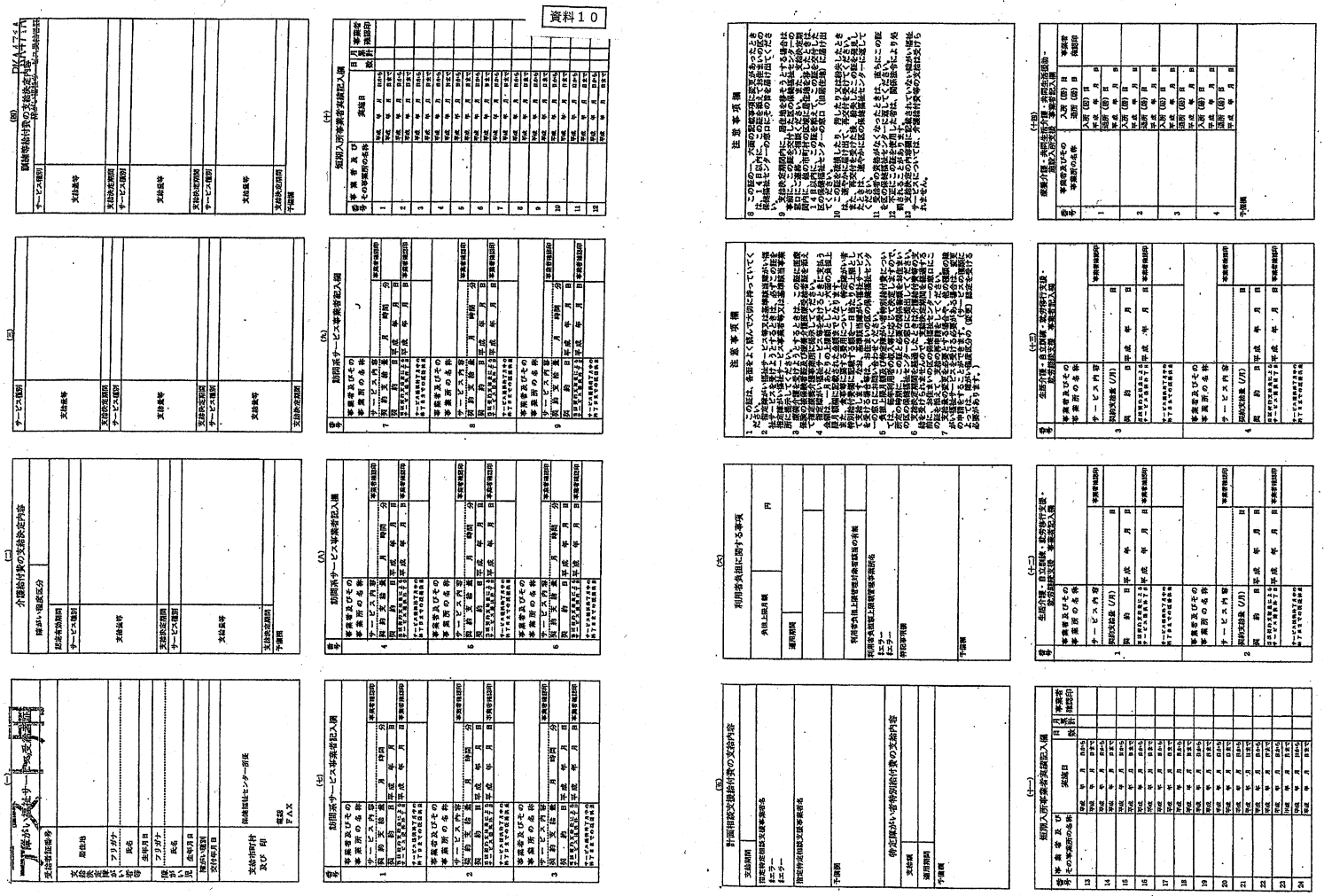
被保険者番号		
被保険者	住所	
	氏名	
	生年月日	
発効期日		
有効期限		
適用区分		
長期入院該当年月日		保険者印
保険者番号並びに保険者の名称及び印		大阪府後期高齢者医療広域連合

注意事項

1. この証によって入院に係る療養又は厚生労働大臣が定める在宅時医学総合管理若しくは在宅末期医療総合診療を受ける場合は、次のとおり一部負担金限度額の適用及び食事療養標準負担額又は生活療養標準負担額の減額が行われます。
(1) 入院の際又は在宅時医学総合管理若しくは在宅末期医療総合診療を受ける際に支払う一部負担金の額は、保険医療機関等ごとに1か月につき、別に定められた額を限度とします。
(2) 入院の際に食事療養を受ける場合に支払う食事療養標準負担額又は生活療養を受ける場合に支払う生活療養標準負担額は、別に厚生労働大臣が定める減額された額となります。
2. 保険医療機関等について入院をするとき又は在宅時医学総合管理若しくは在宅末期医療総合診療を受けるときは、被保険者証とともに必ずこの証をその窓口で渡してください。
3. 被保険者の資格がなくなったとき、認定の条件に該当しなくなったとき、又はこの証の有効期限に至ったときには、直ちにこの証を市町村に返してください。また、転出の届出をする際には、この証を添えてください。
4. この証の記載事項に変更があったときは、14日以内に、この証を添えて、保険者（後期高齢者医療広域連合）あての届書を、市町村に提出してください。
5. 不正にこの証を使用した者は、刑法により詐欺罪として懲役の処分を受けます。

備考

資料１０



資料１１

PJA002A

テスト用

自立支援医療受給者証（更生医療）

自立支援医療受給者証

公費負担者番号	１５２７４０１２	公費受給者番号	２７１５６７０

受診者	フリガナ	ｼﾞﾘｯｸ ｶｶｶﾘｲﾁ
	氏名	自立　課係一
	生年月日	昭和50年01月01日　性別 男
	住所	大阪市北区浮田１丁目１０番１０号
	保険者名	
	被保険者記号	番号
保護者	フリガナ	
	氏名	
	住所	
	続柄	
指定医療機関名	病院・診療所 (2710000221) 医療機関コード	大阪労働衛生センター第一病院　TEL:06-6474-1201 大阪市西淀川区御幣島６－２－２
自己負担上限額（月額）	０円	（適用開始月：平成23年04月 から）
重度かつ継続	該当	有効期間　平成23年04月01日 から 平成24年03月31日 まで
公費負担の対象となる障害	視覚障害	特定疾病療養受療証
医療の具体的方針		
備考	食事費負担減免対象者	

上記のとおり認定する。

平成23年04月01日　　大阪市北区保健福祉センター所長

健康保険等に加入している方は、その資格確認を行いますので、本受給者証と併せて当該保険証を医療機関窓口に必ず提示してください。人工透析を受ける方は、本受給者証と併せて特定疾病療養受療証を医療機関窓口に提示してください。

資料 12

令和６年３月 31 日まで有効

インフルエンザ及び高齢者の肺炎球菌感染症予防接種に係る

自己負担免除確認書

住所　大阪市　　区

氏名（ふりがな）

上記の方につきましては、インフルエンザ及び高齢者の肺炎球菌感染症予防接種に係る自己負担金が免除（非課税世帯該当）となります。

※インフルエンザと高齢者の肺炎球菌感染症予防接種は、対象者、接種期間が異なりますので、接種にあたっては各予防接種の対象者であるかを充分ご確認ください。
・インフルエンザ・・・65 歳以上の方
（接種期間は令和５年 10 月１日から令和６年１月 31 日まで）
・高齢者用肺炎球菌・・①令和５年度中に 65、70、75、80、85、90、95、100 歳になる方
②令和２・３・４年度の対象者でそれぞれの当該年度以降、令和４年度中までに接種できなかった方
（①②ともに接種期間は令和６年３月 31 日まで）
※60 歳以上 65 歳未満の方で、心臓、腎臓、呼吸器の機能、ヒト免疫不全ウィルスによる免疫の機能に障がいを有する方も対象
※対象年齢でない場合は、定期接種の対象外となります。
※高齢者の肺炎球菌については、必ず接種歴をご確認ください（過去に接種したことがある方は定期接種の対象外となります）

年　　月　　日

大阪市　　区保健福祉センター

保健業務担当確認欄

本人確認書類
・運転免許証・身体障害者手帳
・保険証　　・個人番号通知カード
・その他
（　　）

※この用紙は各区保健福祉センターにて発行します。

資料13

予 防 接 種 実 施 願

年　月　日

大阪市保健所長　様

申請者（保護者等）氏名
（被接種者との続柄　　）
申請者住所（住民登録地）

申請者電話番号

次のとおり予防接種の実施をお願いします。

記

1　被接種者氏名

［生年月日：　明治・大正　昭和・平成　年　月　日生（　歳　か月）・　性別：男・女］

2　被接種者住所（住民登録地）〔申請者と異なる場合のみ記入してください〕

3　被接種者が現在住んでいるところ（居所）
大阪市　　区

4　大阪市に居所を有する期間
年　月　日～　　年　月　日（見込みで結構です）

5　大阪市に居所を有する理由

6　予防接種の種類（※接種済のものに「＝」；接種を希望するものに「○」をつけてください）
◎B　C　G　　◎接種なし
◎ヒ　　ブ（ 1回目 ・ 2回目 ・ 3回目 ・ 追加 ）
◎小児用肺炎球菌（ 1回目 ・ 2回目 ・ 3回目 ・ 追加 ）
◎D P T 1 期（ 1回目 ・ 2回目 ・ 3回目 ・ 追加 ）
◎DPT-IPV1期（ 1回目 ・ 2回目 ・ 3回目 ・ 追加 ）・DT2期
◎不活化ポリオ（ 1回目 ・ 2回目 ・ 3回目 ・ 追加 ）
◎麻しん風しん混合（ 1期 ・ 2期 ）
◎麻しん・風しん（ 1期 ・ 2期 ）
◎日本脳炎1期（ 1回目 ・ 2回目 ・ 追加 ）・ 2期
◎子宮頸がん予防（ 1回目 ・ 2回目 ・ 3回目 ）
◎水　　痘（ 1回目 ・ 2回目 ・ 経過措置 ）
◎インフルエンザ　【原則、65歳以上高齢者】
◎高齢者用肺炎球菌【原則、65・70・75・80・85・90・95・100歳の者】

※以下は、保健福祉センター担当者が記入します。　実施願交付数（　　）枚
◎B　C　G
◎ヒ　　ブ（ 1回目 ・ 2回目 ・ 3回目 ・ 追加 ）
◎小児用肺炎球菌（ 1回目 ・ 2回目 ・ 3回目 ・ 追加 ）
◎D P T 1 期（ 1回目 ・ 2回目 ・ 3回目 ・ 追加 ）
◎DPT-IPV1期（ 1回目 ・ 2回目 ・ 3回目 ・ 追加 ）・DT2期
◎不活化ポリオ（ 1回目 ・ 2回目 ・ 3回目 ・ 追加 ）
◎麻しん風しん混合（ 1期 ・ 2期 ）
◎麻しん・風しん（ 1期 ・ 2期 ）
◎日本脳炎1期（ 1回目 ・ 2回目 ・ 追加 ）・ 2期
◎子宮頸がん予防（ 1回目 ・ 2回目 ・ 3回目 ）
◎水　　痘（ 1回目 ・ 2回目 ・ 経過措置 ）
◎インフルエンザ　【原則、65歳以上高齢者】
◎高齢者用肺炎球菌【原則、65・70・75・80・85・90・95・100歳の者】

資料14

本人確認証　　No.

氏　名
生年月日
性　別
住　所

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　令和　年　月　日
大阪市長　松井　一郎

この証明書の有効期間は、
令和　年　月　日から令和　年　月　日までとする。

資料15

記号番号 大阪　－

交付 平成　年　月　日

大阪市長

公害医療手帳

認定 昭和　年　月　日

有効期間 平成　年　月　日から
平成　年　月　日まで

氏名

大阪市
－担当保健福祉センター－
保健福祉センター
TEL(06)

氏名		男・女
	年　月　日生	
住所		
	（　年　月　日変更）	
認定疾病	病像の変化により　を併発に変更	

－1－

資料16

医療機関の長　様

令和5年度大阪市公害健康被害被認定者
インフルエンザ予防接種自己負担費用
助成金代理受領依頼書

公害医療手帳記号番号	大阪　－
（ふりがな）氏名	男・女
生年月日	明治 大正 昭和　年　月　日生
住所	〒　－ 大阪市　区
電話番号	（　）

（注）インフルエンザ予防接種を希望される方は、令和6年1月31日（水）までに接種してください。

※事前に必ず予約のうえ接種し、公害医療手帳を提示の上、この依頼書は医療機関に提出してください。
※大阪市と契約した大阪市内の予防接種実施医療機関以外では使用できません。

医療機関ご担当者様

① 65歳以上の大阪市公害健康被害被認定者のインフルエンザ予防接種にかかる自己負担費用については大阪市保健所の公害保健福祉事業で負担いたしますので、この依頼書を受領し、自己負担費用は徴収しないでください。
公害医療手帳の本人以外の方は対象外となります。また、本人であっても生活保護受給者・市民税非課税世帯及び東日本大震災被災者に該当し、確認できる書類を持参された場合は本事業の対象外となりますので、この依頼書を受け取らないでください。

② インフルエンザ予防接種自己負担費用の請求は、予防接種実施申込書（報告書）インフルエンザ用の裏面「自己負担の有無と免除等理由」に自己負担なし（公害認定患者）4を記入していただき、「個別予防接種請求書」と併せて大阪市保健所感染症対策課感染症グループへ請求してください。

※この依頼書の有効期限：令和6年1月31日（水）まで

〔医療機関名称・所在地・代表者等・電話・医療機関コード〕

担当：大阪市阿倍野区旭町1－2－7－1000
大阪市保健所管理課保健事業グループ
電話（06）6647－0643