大阪市インフルエンザ予防接種及び
新型コロナウイルス予防接種実施の手引き

大阪市健康局

各種様式については、下記ページに掲載しております。

- 大阪市ホームページ「大阪市委託医療機関向け予防接種情報」

・個別予防接種請求書
・予防接種実施医療機関等変更届
・間違い接種防止のチェックリスト
・予防接種後副反応疑い報告書

問い合わせ先

【予防接種委託料の支払いに関すること、予防接種に関すること】
保健所感染症対策課（感染症グループ） TEL06－6647－0954
【公害健康被害被認定者の予防接種自己負担費用助成事業に関すること】
保健所管理課 TEL06－6647－0643

＜主な変更点・留意点＞

●保健所移転に伴い、接種委託料の請求住所が次のとおり変更となります。
〒541－0052　大阪市中央区安土町３丁目１番３号　５階
●予防接種実施申込書（報告書）、予診票については、旧年度様式も使用できます。
●請求書については、本市ホームページ「個別予防接種請求書」よりダウンロードしてご請求ください。
●公害健康被害被認定者について、代理受領依頼書（A5版緑色）により自己負担費用が免除されるのはインフルエンザ予防接種のみです。新型コロナウイルス予防接種については、自己負担費用を徴収いただき、接種後に本人申請に基づく償還払いによる一部費用助成を実施します。
詳しくは、「公害健康被害被認定者の予防接種自己負担費用助成の取り扱いについて（P11 以降）」をご確認ください。

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。
株式会社アイ・オー・プロセス（電話番号：０６－４９６４－９００６）

（令和8年9月 17 日時点）

＜目次＞

大阪市インフルエンザ予防接種及び新型コロナウイルス予防接種の手引き

1. 目的・・・

大阪市インフルエンザ予防接種及び新型コロナウイルス予防接種実施の手引き

◆ご注意

- **接種に係る自己負担金は<u>インフルエンザ予防接種が 1,500 円、新型コロナウイルス予防接種が 8,000 円</u>になります。**
- **対象者の要件を必ずご確認ください。生活保護受給者、市民税非課税世帯の方等であっても、「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。**
- **接種費用の後日償還払いはしません。**
- **<u>公害健康被害被認定者について、代理受領依頼書（A5版緑色）により自己負担費用が免除されるのはインフルエンザ予防接種のみです。新型コロナウイルス予防接種については、自己負担費用を徴収いただき、接種後に本人申請に基づく償還払いによる一部費用助成を実施します。</u>**
- **無料接種券は発行しません。**
- **実施期間は令和8年 10 月 1 日～令和9年1月 31 日までです。**
- **公費負担の対象となるのは、1シーズンにつき1回のみです。**
- **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。**
- **<u>医師が必要と認める場合、インフルエンザワクチンと新型コロナワクチンは同時接種も可能です。</u>**

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もしくは新型コロナウイルス予防接種を希望する者

ただし、大阪府民で住民登録地の依頼書があり、かつ、大阪市内の老人保健施設等※入所者であれば接種対象となります。

その場合は、「予防接種実施申込書（報告書）」（別紙3）の住所欄に住民登録地を記載し、枠外に「施設入所者」と記載ください。

※養護老人ホーム、特別養護老人ホーム、軽費老人ホーム、介護老人保健施設に限る

（2）60歳から64歳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もしくは新型コロナウイルス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。<u>また、「予防接種実施申込書（報告書）」（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。</u>

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（ワクチン代相当額）を徴収し、新型コロナウイルス予防接種を実施した場合は自己負担金として８，000円を徴収してください。

（1）生活保護受給者、市民税非課税世帯の方及び災害のために居住地において定期予防接種を受けることが困難な方等には確認できる書類の提示を求め、無料で実施してください。（詳しくは、「5．自己負担免除等の取扱い（1）」を参照してください）

（2）公害健康被害被認定者について、代理受領依頼書（A5版緑色）により自己負担費用が免除されるのはインフルエンザ予防接種のみです。新型コロナウイルス予防接種については、自己負担費用を徴収いただき、接種後に本人申請に基づく償還払いによる一部費用助成を実施します。

詳しくは、「公害健康被害被認定者の予防接種自己負担費用助成の取り扱いについて（P11 以降）」をご確認ください。

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災害のために居住地において定期予防接種を受けることが困難な方等【インフルエンザ・新型コロナウイルス予防接種】

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）」（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） **（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）** ・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） ・定期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）（資料 8） **（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）**	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）	
	・定期予防接種に係る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。）	

	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
市民税 非課税世帯	・後期高齢者医療資格確認書（資料９） ただし限度区分：「区分１」又は「区分２」のものに限る ※オンライン資格確認等システムでの確認については、上記区分に相当することが確認できれば可。 （例）「区分１」又は「区分２」、「区１」又は「区２」、「低所得１」又は「低所得２」等） ・限度額適用・標準負担額減額認定証（国民健康保険）（資料 17） ※オンライン資格確認等システムで確認する場合、 70 歳未満の方は「区分オ」 70 歳から 74 歳までの方は「区分１」または「区分２」に限る。	3
災害のために居住地において定期予防接種を受けることが困難な方	予防接種実施願（資料 13）（保健福祉センターにて発行）	3

※生活保護法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、生活保護法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〕【インフルエンザ予防接種】

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）」（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8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**※インフルエンザ予防接種のみの取扱いです**

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インフルエンザ予防接種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、「公害健康被害被認定者の予防接種自己負担費用助成の取り扱いについて」をご確認ください。

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（2026/27 シーズン用）
  0．5ml、皮下に注射すること。
- 新型コロナワクチン（2026/27 シーズン用）
  定期接種に用いる新型コロナワクチンに含まれる株は、当面の間毎年見直されます。
  メーカー毎の添付文書で定める規定量を筋肉内に注射すること。

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

「予防接種の説明書」（別紙1－1もしくは別紙1－2）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、「予防接種予診票」（別紙2－1もしくは別紙2－2）及び「予防接種実施申込書（報告書）」（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。

※インフルエンザ予防接種の「予防接種予診票（別紙 2-1）」の予診項目を一部変更しました。なお、従来の旧様式も引き続きご使用いただけます。

【変更内容】

- **項目の統合・変更**：従来の「質問事項 7（免疫不全の診断有無）」を、「質問事項 6（心臓、腎臓、肝臓、血液などの疾患の既往歴）」へ統合しました。
- **項目の削除**：従来の「質問事項 10（鶏肉や卵のアレルギー有無）」を削除しました。

（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、特別養護老人ホーム、軽費老人ホーム、介護老人保健施設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。その場合は、「予防接種実施申込書（報告書）」（別紙3）の住所欄に住民登録地を記載し、枠外に「施設入所者」と記載ください。

（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、「予防接種予診票」（別紙2－1もしくは別紙2－2）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。

※ 予防接種実施規則第6条に規定する接種が不適当な者
・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。
・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「予防接種予診票」（別紙２－1もしくは別紙２－２）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。

⑥新型コロナウイルス予防接種について、追加免疫の場合は、前回の接種から少なくとも3か月の間隔をあけること。また、初回免疫の場合は、メーカー毎の添付文書に定める接種間隔をあけること。

※臨時接種では、「接種後 15 ～30 分程度、状態の観察をする必要がある」ことを臨時予防接種実施要領では定められていました。定期接種では定めがありませんが、メーカー毎の添付文書には「接種後一定時間、被接種者の状態を観察することが望ましい」とされているため、ご留意ください。

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 ワクチンによって、「凍結させないこと」、「溶解は接種直前に行い一度溶解したものは直ちに使用すること」、「溶解の前後にかかわらず光が当たらないよう注意すること」などの留意事項があるので、それぞれ添付文書を確認の上、適切に使用すること。
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 接種前に接種部位をアルコールで消毒すること。
⑦ 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 インフルエンザ予防接種は、原則として上腕伸側に皮下注射により行う。
新型コロナウイルス予防接種は、原則として上腕の三角筋部に筋肉内注射により行う。
また、筋肉内注射を実施する際は、注射針の先端が血管内に入っていないことの確認の際、陰圧をかける必要はないこと。
⑨ 同一部位に反復して接種することは避けること。
⑩ 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、「予防接種予診票」（別紙２－1もしくは別紙２－２）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、「予防

接種予診票」(別紙2－1もしくは別紙2－2)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、個人情報の保護に関する法律等の趣旨を踏まえて、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について、「電子報告システム」から報告してください。
電子報告が困難な場合は、「予防接種後副反応疑い報告書」（別紙５）により、独立行政法人医薬品医療機器総合機構へFAX（FAX番号0120－176－146）にて報告してください。

※PMDA「電子報告システム」
https://www.pmda.go.jp/safety/reports/hcp/0002.html

※予防接種後副反応疑い報告書入力アプリは令和６年３月３１日で終了しました。

(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

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。
医師が必要と認める場合、他の予防接種と同時に接種できます。

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)」(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、医療機関が所在する区保健福祉センター、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。

〒５４１－００５２
大阪市中央区安土町３丁目１番３号　５階
大阪市保健所　感染症対策課（予防接種）

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)」(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。
株式会社アイ・オー・プロセス（電話番号：０６－４９６４－９００６）

「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〇印をしてください。※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。また、**医師が自らを問診して接種を見合わせた場合、見合わせ料をお支払いすることはできません**のでご留意ください。

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 1シーズンにおいて公費負担が2回目以降の場合
公費負担の対象となるのは、1シーズンにつき1回のみです。
③ ワクチン接種量が規定量ではない場合
④ 新型コロナウイルス予防接種において、新型コロナワクチン(2026/27 シーズン用)以外のワクチンを接種した場合
※定期接種に用いる新型コロナワクチンに含まれる株は、当面の間毎年見直されます。

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、請求月の翌月25日(休日の場合は前開庁日)に振り込みます。内訳については別途お送りする「予防接種委託料支払通知」にてご確認ください。

「口座振替申出書」の内容に変更が生じたときは、速やかにご連絡ください。

- 市内の医療機関の場合は、医療機関が所在する区保健福祉センターにご連絡ください。
- 市外の医療機関の場合は、大阪市保健所にご連絡ください。

万一、連絡が遅れた場合は支払いが遅れることや、支払えないこともありますのでご注意ください。

予防接種の種類	接種料			接種見合わせ料
	種別	自己負担額	公費負担額	
インフルエンザ	自己負担あり	1,500 円 (ワクチン代相当)	3,626 円 (接種料相当)	3,201 円
	自己負担なし	0 円	5,126 円 (ワクチン代及び接種料相当)	
新型コロナウイルス	自己負担あり	8,000 円	7,906 円	3,366 円
	自己負担なし	0 円	15,906 円 (ワクチン代及び接種料相当)	

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、振込口座等の変更があり、医療機関コードの変更を伴わない場合は「予防接種実施医療機関等変更届」の提出を、医療機関コードの変更を伴う場合は「予防接種実施医療機関取下げ届」の提出後、再度契約をしていただく必要がありますので、速やかにご連絡ください。なお、提出が遅れた場合は支払いも遅れますので、ご注意願います。

- 市内の医療機関の場合は、医療機関が所在する区保健福祉センターにご連絡ください。
- 市外の医療機関の場合は、大阪市保健所にご連絡ください。

また、予防接種業務を終了される場合は「予防接種実施医療機関取下げ届」を提出していただく必要がありますので、同様にご連絡ください。

(4) 各種様式については、大阪市ホームページ「大阪市委託医療機関向け予防接種情報」に掲載しておりますので、必要に応じてダウンロードしてご利用ください。

- 個別予防接種請求書
- 予防接種実施医療機関等変更届
- 間違い接種防止のチェックリスト
- 予防接種後副反応疑い報告書

(ホームページアドレス) https://www.city.osaka.lg.jp/kenko/page/0000480887.html

適切な予防接種の徹底について

近年、接種するワクチンの種類、接種回数が増加しております。
予防接種関連法令やワクチンの添付文書等の記載内容を守らず予防接種を実施した場合、被接種者が十分な免疫を獲得できないおそれがあるほか、健康被害が生じる可能性もありますので、適切な予防接種の実施をお願いいたします。

つきましては、不適切な接種が起こらないよう、参考として間違い防止のチェックリストをお示ししますので、ご参照いただき、不適切な接種が発生しない実施体制の構築に努めていただきますようよろしくお願いします。

万一、誤った用法用量でワクチンを接種した場合や、有効期限の切れたワクチンを接種した場合、血液感染を起こしうる場合等の重大な健康被害につながるおそれのある間違いが判明した場合は、所轄の保健福祉センターへ速やかに連絡し、大阪市ホームページを確認の上「間違い接種報告書」を提出してください。

大阪市ホームページ
適正な予防接種の
実施について

【参考例】間違い接種防止のチェックリスト

予防接種を適正に行なうために、確認は医師のみが行うのではなく、複数人が分担し、かつ責任の所在を明確にしてチェックを行えるような体制を整えておくことが重要です。以下のチェック項目をご参照ください。

参考：予防接種間違い防止の手引き　予防接種ガイドライン等検討委員会

1　受付時の確認事項

- □ 対象者を住所、フルネーム、年齢、生年月日で確認する。
- □ 予防接種の種類を確認する。
- □ 対象者がワクチンの対象接種年齢であるか確認する。
- □ 接種歴を確認する。
- □ 予診票の質問事項がすべて回答されているか確認する。
- □ 検温を行い、記録する。

2　問診時の確認事項

- □ 対象者を住所、フルネーム、年齢、生年月日で確認する。
- □ 予防接種の種類を確認する。
- □ 対象者がワクチンの対象接種年齢であるか確認する。
- □ 接種歴を確認する。
- □ 接種前の検温を確認する。
- □ 予診票の記載に漏れがあれば確認する。
- □ 診察を行い、体調を確認する。
- □ 医師署名欄にサインする。
- □ 本人の承諾サインをもらう。

3　接種時の確認事項

- □ ワクチンの種類および有効期限を確認する。ワクチンを希釈した場合は、希釈した時間を記録し、接種時に使用期限内であることを確認する。
- □ ワクチンの外観を確認する。
- □ ワクチンの接種量を確認する。
- □ 接種方法を確認する。

4　接種後の確認事項

- □ 使用済み注射器はリキャップをせずに、そのまま廃棄容器に適正に廃棄する。
- □ 予診票、カルテなどに接種日、メーカー名、ワクチンロット番号、接種量、医療機関名などを記載する。
- □ 予診票を回収したか確認する。
- □ 接種終了後の注意事項を説明する。
- □ 副反応にそなえ、接種後 15～30 分程度待機させる。

5　ワクチン保管の確認事項

- □ ワクチンの保管については、各ワクチンの添付文書で確認する。
- □ ワクチンの種類別に整理し、使用予定数を確保しておく。
- □ 有効期限までの日数が長いものは奥に、短いものは手前に置く。
- □ 保管庫の温度を記録する（保管庫内に最低最高温度計を入れておく）。

［参考］ 厚生労働省啓発リーフレット「予防接種における間違いを防ぐために（2026 年 4 月改定版）」
https://www.mhlw.go.jp/content/10900000/001719116.pdf

公害健康被害被認定者の予防接種自己負担費用助成の取り扱いについて

担当:大阪市保健所管理課保健事業グループ
電話:06-6647-0643

1 目的

公害健康被害の補償等に関する法律に基づく公害保健福祉事業の一環として本市が実施するインフルエンザ及び新型コロナウイルス予防接種自己負担費等助成事業により、公害健康被害被認定者がインフルエンザ及び新型コロナウイルスに係る予防接種を受けた際に自己負担となる費用を助成し、もって公害健康被害被認定者の健康の保持を図ることを目的とする。

2 対象者(次のいずれかに該当する者)

65歳以上の公害健康被害被認定者のうち ① 大阪市民の方 ② 大阪市民以外の方
60～64歳の公害健康被害被認定者のうち、接種当日に心臓・腎臓・呼吸器の機能、または、ヒト免疫不全ウイルス(HIV)による免疫機能により自己の日常生活が極度に制限される程度の障害のある方(身体障がい者手帳1級相当)のうち ③ 大阪市民の方 ④ 大阪市民以外の方
⑤ ①～④以外の公害健康被害被認定者 【インフルエンザ予防接種のみ】

3 実施期間・実施回数

実施期間:令和8年 10 月 1 日～令和9年1月 31 日まで
実施回数:1 シーズンにつき 1 回接種

4 助成方法

インフルエンザ及び新型コロナウイルス予防接種を受けた際に自己負担となる費用を現物給付または償還払いの方法により助成します。

【インフルエンザ予防接種】(従来通りの取扱い)
- 対象者①については、被接種者が医療機関に対して「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緑色)という。)を提出することによる現物給付
- 対象者②～⑤については、被接種者が医療機関に対して自己負担費用を全額支払った後、大阪市保健所管理課へ申請することによる接種費用(全額)の償還払い

【新型コロナウイルス予防接種】
- 対象者①～④については、被接種者が医療機関に対して自己負担費用を全額支払った後、大阪市保健所管理課へ申請することによる接種費用のうち 4,500 円を上限とした償還払い

5 医療機関窓口での取り扱い及び予防接種費用の請求

インフルエンザ予防接種(従来通りの取扱い)

■対象者①

【窓口での取扱い】
- 保健所管理課から対象者①あてに、事業周知文と代理受領依頼書(A5版緑色)を9月末日までに発送します。
- 接種当日は、対象者①が医療機関窓口で「公害医療手帳」を提示のうえ、代理受領依頼書(A5版緑色)を提出しますので、本人確認を行い、代理受領依頼書(A5版緑色)を受け取ってください。

・代理受領依頼書を受け取った場合は、予防接種法に基づくインフルエンザ予防接種において大阪市が定める接種委託料及び自己負担金（1,500 円）は本市からお支払いしますので徴収しないでください。

※公害医療手帳の本人以外の方、本人であっても生活保護受給者・市民税非課税世帯の方及び災害のために居住地において定期予防接種を受けることが困難な方は本事業の対象とはなりません。

【予防接種費用の請求】

・「大阪市新型コロナウイルス予防接種及びインフルエンザ予防接種実施の手引き」に基づき本市（大阪市保健所感染症対策課）へ請求してください。なお、請求時には、代理受領依頼書（A5版緑色）を必ず添付してください。

※「予防接種実施申込書（報告書）」（別紙3）と代理受領依頼書（A5版緑色）は一緒にせず、それぞれ輪ゴムで縛ったり、クリップでとめるなどしてまとめてください。くれぐれもホッチキス等では綴じないようにお願いします。「予防接種実施申込書（報告書）」の医療機関記入欄は、次のとおり記入してください。

自己負担の有無と 免除等理由 枠内に番号を 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） （※４に該当するワクチン種別は、各予防接種の手引きを参照） □

※「自己負担なし（公害認定患者）」に該当する番号 4 を□に記入してください。

■対象者③

【窓口での取扱い】

・自己負担金（1,500 円）を必ず徴収し、領収書またはレシート（接種者氏名及びインフルエンザ予防接種料と記載されたもの）を発行してください。

※別紙領収書の記載例を参照してください

※公害医療手帳の本人以外の方、本人であっても生活保護受給者・市民税非課税世帯の方及び災害のために居住地において定期予防接種を受けることが困難な方は本事業の対象とはなりません。

【予防接種費用の請求】

・「大阪市新型コロナウイルス予防接種及びインフルエンザ予防接種実施の手引き」に基づき本市（大阪市保健所感染症対策課）へ請求してください。

自己負担の有無と 免除等理由 枠内に番号を 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） （※４に該当するワクチン種別は、各予防接種の手引きを参照） □

※「自己負担あり」に該当する番号1を□に記入してください。

【被接種者による予防接種自己負担費用の請求】

・予防接種自己負担費用については、被接種者が接種後に大阪市保健所管理課へ申請することによって支払われます。

■対象者②、④、⑤

【窓口での取扱い】

・自己負担金（医療機関で設定する接種費用）を必ず徴収し、領収書またはレシート（接種者氏名及びインフルエンザ予防接種料と記載されたもの）を発行してください。
※別紙領収書の記載例を参照してください
・予診票の取扱いについても任意接種の方と同様の取扱いとなります。

【被接種者による予防接種自己負担費用の請求】
・予防接種自己負担費用については、被接種者が接種後に大阪市保健所管理課へ申請することによって支払われます。

≪参考≫
対象者②～⑤が
大阪市保健所管理課へ提出する書類
・「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）
※診療明細書等、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・有効期間・氏名・住所・認定疾病の頁）

新型コロナウイルス予防接種

■対象者①、③
【窓口での取扱い】
・自己負担金（8,000 円）を必ず徴収し、領収書またはレシート（接種者氏名及び新型コロナウイルス予防接種料と記載されたもの）を発行してください。
※別紙領収書の記載例を参照してください
※公害医療手帳の本人以外の方、本人であっても生活保護受給者・市民税非課税世帯の方及び災害のために居住地において定期予防接種を受けることが困難な方は本事業の対象とはなりません。

【予防接種費用の請求】
・「大阪市新型コロナウイルス予防接種及びインフルエンザ予防接種実施の手引き」に基づき本市（大阪市保健所感染症対策課）へ請求してください。

自己負担の有無と 免除等理由 枠内に番号を 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） （※4に該当するワクチン種別は、各予防接種の手引きを参照） □

※「自己負担あり」に該当する番号1を□に記入してください。

【被接種者による予防接種自己負担費用の請求】
・予防接種自己負担費用については、被接種者が接種後に大阪市保健所管理課へ申請することによって支払われます。

■対象者②、④
【窓口での取扱い】
・自己負担金（医療機関で設定する接種費用）を必ず徴収し、領収書またはレシート（接種者氏名及び新型コロナウイルス予防接種料と記載されたもの）を発行してください。
※別紙領収書の記載例を参照してください
・予診票の取扱いについても任意接種の方と同様の取扱いとなります。

【被接種者による予防接種自己負担費用の請求】

・予防接種自己負担費用については、被接種者が接種後に大阪市保健所管理課へ申請することによって支払われます。

≪参考≫
対象者①～④が大阪市保健所管理課へ提出する書類
・「新型コロナウイルス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）
※診療明細書等、接種者氏名及び新型コロナウイルス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・有効期間・氏名・住所・認定疾病の頁）

6　取り扱い留意事項
・インフルエンザ予防接種について、対象者①（65歳以上の公害健康被害被認定者のうち市内居住者）が、公害医療手帳を提示しても代理受領依頼書（A5版緑色）がない場合は、自己負担金（1,500 円）を徴収してください。後日、対象者①が大阪市保健所管理課へ申請することによって支払われます。
・新型コロナウイルス予防接種では、代理受領依頼書の取扱いはありませんので、必ず接種費用を徴収してください。
・「被爆者健康手帳」、「水俣病認定申請者医療手帳」は本事業の対象にはなりません。
※「公害医療手帳」とは、大気汚染の影響による健康被害を認定する医療手帳です。

（表）医療機関窓口での取扱いイメージ

	対象者（大阪市公害健康被害被認定者）		インフルエンザ予防接種		新型コロナウイルス予防接種	
			助成方法	接種費用	助成方法	接種費用
①	６５歳以上	大阪市民の方	代理受領依頼書	0円	一部償還払い	8,000円 （被接種者の申請による償還払い （※助成額4,500円））
②		大阪市民以外の方	償還払い	医療機関で設定する接種費用 （被接種者の申請により全額償還払い）	一部償還払い	医療機関で設定する接種費用 （被接種者の申請による償還払い （※助成額上限4,500円））
③	６０歳～６４歳の大阪市公害健康被害被認定者のうち、心臓、じん臓又は呼吸器の機能に自己の身辺の日常生活活動が極度に制限される程度の障がいを有するもの又は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もの（身体障がい者手帳１級相当）	大阪市民の方	償還払い	1,500円（被接種者の申請により全額償還払い）	一部償還払い	8,000円 （被接種者の申請による償還払い （※助成額4,500円））
④		大阪市民以外の方	償還払い	医療機関で設定する接種費用 （被接種者の申請により全額償還払い）	一部償還払い	医療機関で設定する接種費用 （被接種者の申請による償還払い （※助成額上限4,500円））
⑤	①～④を除く		償還払い	医療機関で設定する接種費用 （被接種者の申請により全額償還払い）	対象外	対象外

【公害健康被害被認定者の予防接種自己負担費用助成事業に関すること】
保健所管理課　℡０６－６６４７－０６４３

領収書の書き方

この記載例を医療機関に提示してください

但し書きには「インフルエンザ予防接種代」及び「新型コロナウイルス予防接種代」の記載が必要です。

※①～⑤に加えて、この記載がなければ受理することができません。
また、診療明細書が発行されている場合は合わせてご提出ください。

(記載例 1) 手書きの領収書の場合

① 日付(領収日を記載)

① 令和●年●月●日

領 収 書

②あて名(被接種者名)

② ●●●● 様

③ ￥●,●●●円　③領収金額

④ 但し　インフルエンザ予防接種代として

⑤医療機関名、住所
領収印

上記正に領収しました。

⑤医療機関名　●●医院
医療機関住所　大阪市●●区●●　印

(記載例 2) 内訳に予防接種としか記載がない場合

領　収　書

患者番号		●●●●		診療日		令和●年●月●日	
患者氏名		●●●●		発行日		令和●年●月●日	
保険	初・再診	医学管理	在宅医療	検査	画像診断	投薬	注射
	ﾘﾊﾋﾞﾘ	精神	処置	手術	麻酔	放射線	病理

保険外	**予防接種**	その他					
	●●●円						

インフルエンザ予防接種代として
追加の記載が必要です。

医療機関名　●●医院
医療機関住所　大阪市●●区●●　印

インフルエンザ予防接種についての説明書

【接種対象者】

① 接種当日に 65 歳以上の市民の方

② 接種当日に 60 歳～64 歳のうち心臓・腎臓または呼吸器の機能により、身の回りの生活が極度に制限される程度の障がいのある方、ヒト免疫不全ウイルス（HIV）による免疫の機能により、日常生活がほとんど不可能な程度の障がいのある市民の方（身体障がい者手帳１級相当）

【接種期間】

令和８年 10 月１日より令和９年１月 31 日まで

【接種費用】

1,500 円

ただし、生活保護受給者、市民税非課税世帯の方、災害のために居住地で定期予防接種を受けることが困難な方、公害認定患者の方等は接種当日に確認書類を医療機関に持参いただくと無料になります。

【接種回数及び量】

実施期間中に１回、0.5mL を皮下に注射します。

１　インフルエンザについて

インフルエンザは、インフルエンザウイルスに感染することによって起こる病気です。感染した人の咳やくしゃみにより空気中に広がったウイルスを吸い込む、もしくは手に付着したウイルスが鼻や口の粘膜を通して体内に入り感染します。インフルエンザの症状は 38℃以上の発熱、頭痛、関節痛、筋肉痛等全身の症状が突然現れ、のどの痛み、鼻汁、咳等の症状も見られます。普通の風邪に比べて全身症状が強く、気管支炎や肺炎を伴う等、重症になることがあります。

２　ワクチンについて

令和７年度より、近年流行しているインフルエンザに対応する３価ワクチン（Ａ型株２種、Ｂ型株１種）に内容が変更されました。

ワクチンの接種は本人の希望により行われ、主に個人の重症化予防を目的としています。重症化や合併症の発病を予防する効果は証明されており､65 歳以上の高齢者福祉施設に入所している高齢者については 34～55%の発病を阻止し、82%の死亡を阻止する効果があったとされています。

ワクチンの予防効果が現れるのは、接種後２週間から５か月程度と考えられています。

医師が必要と認めた場合には、他の予防接種と同時に接種できるため、医師にご相談ください。

３　ワクチンの副反応について

主な副反応は接種部位の赤み(発赤)、はれ（腫脹)、痛み（疼痛）が接種者の 10～20%に起こり、全身反応としては、発熱、頭痛、寒気（悪寒)、だるさ（倦怠感）などが接種者の 5～10%に起こりますが、いずれも通常２～３日でなくなります。

また、まれにみられる重い副反応としては、ショック、アナフィラキシー様症状（接種後 30 分以内に出現する

発疹、じんましん、赤み（発赤）、掻痒感（かゆみ）、呼吸困難等の重いアレルギー反応のこと）や、ギラン・バレー症候群、急性脳症、急性散在性脳脊髄炎、けいれん、肝機能障がい、喘息発作、血小板減少性紫斑病などが報告されています。

４　予防接種を受ける前に

(1) 一般的注意

気になることやわからないことがあれば、予防接種を受ける前に担当の医師に質問しましょう。予診票は接種をする医師にとって、予防接種の可否を決める大切な情報です。現在、病気などで治療中の方、今までに免疫状態の異常を指摘されたことがある方､インフルエンザの予防接種を受けて具合が悪くなったことがある方、インフルエンザワクチンの成分や鶏由来のものに対してアレルギーがあると言われたことがある方は、担当医師とよく相談し、十分に納得して接種を受けましょう。

(2) 予防接種を受けることができない方

① 明らかに発熱している方（通常は 37.5℃を超える場合）
② 重い急性疾患にかかっている方
③ インフルエンザ予防接種の成分に対してアナフィラキシー（通常接種後 30 分以内に出現する呼吸困難や全身性のじんましんなどを伴う重いアレルギー反応のこと）をおこしたことがある方
④ その他、かかりつけの医師に予防接種を受けないほうがよいといわれた方

(3) 予防接種を受けるに際し、医師とよく相談しなければならない方

① 心臓血管系疾患、腎臓疾患、肝臓疾患、血液疾患、発育障がいなどの基礎疾患がある方
② 過去に予防接種で接種後２日以内に発熱、全身性発しんなどのアレルギーを疑う症状がみられた方
③ 過去にけいれん（ひきつけ）をおこしたことがある方
④ 過去に免疫状態の異常を指摘されたことがある方もしくは近親者に先天性免疫不全症の者がいる方
⑤ 間質性肺炎、気管支喘息等の呼吸器疾患がある方
⑥ 接種ワクチンの成分または鶏卵、鶏肉、その他の鶏由来のものに対してアレルギーをおこすおそれがある方

(4) 接種を受けた後の注意事項

① 接種後 30 分は体調が変化することがありますので安静にし､医師とすぐに連絡がとれるようにしましょう。
② 接種後に高熱やけいれんなどの異常が出現した場合は、速やかに医師の診察を受けてください。
③ 接種後１週間は体調に注意しましょう。また、接種後、腫れが目立つときや体調に変化があった場合は医師にご相談ください。
④ 入浴はさしつかえありませんが、接種部位をこすることはやめましょう。
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。

５　予防接種健康被害救済制度

予防接種の副反応により、医療機関での治療が必要になった、あるいは生活に支障をきたすような障がいが残ったなど、健康被害が生じた場合には、予防接種法に基づく補償を受けることができます。お住まいの区の保健福祉センターにご連絡ください。国の審査会にて審議し、予防接種によるものと認定された場合に補償を受けることができます。

大阪市保健所・保健福祉センター　　令和８年９月

新型コロナワクチン予防接種についての説明書

【接種対象者】

① 接種当日に 65 歳以上の市民の方

② 接種当日に 60 歳～64 歳のうち心臓・腎臓または呼吸器の機能により、身の回りの生活が極度に制限される程度の障がいのある方、ヒト免疫不全ウイルス（HIV）による免疫の機能により、日常生活がほとんど不可能な程度の障がいのある市民の方（身体障がい者手帳１級相当）

【接種期間】

令和８年 10 月１日より令和９年１月 31 日まで

【接種費用】

8,000 円

ただし、生活保護受給者、市民税非課税世帯の方、災害のために居住地で定期予防接種を受けることが困難な方等は、接種当日に確認書類を医療機関に持参いただくと無料になります。

【接種回数】

実施期間中に１回

１　新型コロナウイルス感染症について

新型コロナウイルス感染症（COVID-19）は、新型コロナウイルス（SARS-CoV2）による感染症です。人から人への伝播は咳や飛沫を介して起こり、特に、密閉・密集・密接（三密）の空間での感染拡大が頻繁に確認されています。

発熱やのどの痛み、咳が長引くことが多く、強いだるさが特徴で重症化すると肺炎を起こすことがあります。また、特に高齢者や基礎疾患のある方等は重症化しやすい可能性が考えられています。

２　ワクチンについて

流行している株に対応したワクチンを用いることで、より高い中和抗体価の上昇等が期待されることから、定期接種に用いる新型コロナワクチンに含まれる株は、当面は毎年見直すこととされています。

ワクチンの接種は本人の希望により行われ、個人の発病および重症化（入院）予防を目的としています。いずれの年齢群においても、重症化（入院）予防効果は発症予防効果より高いことが確認されています。

2025/26 シーズン（令和７年秋冬の接種）において用いられた LP.8.1 対応１価ワクチンの効果として、新型コロナウイルス感染症による入院・重症化予防効果等を約 41.2～70.1%程度予防した等の報告が国内外でなされています。（令和８年９月時点）。

医師が必要と認めた場合には、他の予防接種と同時に接種できるため、医師にご相談ください。

出典：第 67 回厚生科学審議会予防接種・ワクチン分科会資料

３　ワクチンの副反応

接種部位の痛み（疼痛）、疲労、頭痛、筋肉痛等がみられることがあります。こうした症状の大部分は、接種後数日以内に回復します。また、頻度不明ですが、重大な副反応としてショック、アナフィラキシー（急性の強いアレルギー反応）、心筋炎・心膜炎が発生したことが報告されています。

４　予防接種を受ける前に

(1) 一般的注意

気になることやわからないことがあれば、予防接種を受ける前に担当の医師に質問しましょう。予診票は接種をする医師にとって、予防接種の可否を決める大切な情報です。現在、病気などで治療中の方、今までに免疫状態の異常を指摘されたことがある方は、担当医師とよく相談し、十分に納得して接種を受けましょう。

(2) 予防接種を受けることができない方

① 明らかに発熱している方（通常は 37.5℃を超える場合）
② 重い急性疾患にかかっている方
③ 新型コロナワクチンの成分に対してアナフィラキシー（通常接種後 30 分以内に出現する呼吸困難や全身性のじんましんなどを伴う重いアレルギー反応のこと）をおこしたことがある方
④ その他、かかりつけの医師に予防接種を受けないほうがよいといわれた方

(3) 予防接種を受けるに際し、医師とよく相談しなければならない方

① 抗凝固療法を受けている方、血小板減少症または凝固障がいのある方
② 過去に免疫状態の異常を指摘されたことがある方もしくは近親者に先天性免疫不全症の者がいる方
③ 心臓血管系疾患、腎臓疾患、肝臓疾患、血液疾患、発育障がいなどの基礎疾患がある方
④ 過去に予防接種で接種後２日以内に発熱、全身性発しんなどのアレルギーを疑う症状がみられた方
⑤ 過去にけいれん（ひきつけ）をおこしたことがある方
⑥ 接種ワクチンの成分に対してアレルギーをおこすおそれがある方

(4) 接種を受けた後の注意事項

① 接種後30分は体調が変化することがありますので安静にし､医師とすぐに連絡がとれるようにしましょう。
② 接種後に高熱やけいれんなどの異常が出現した場合は、速やかに医師の診察を受けてください。
③ 接種後１週間は体調に注意しましょう。また、接種後、腫れが目立つときや体調に変化があった場合は医師にご相談ください。
④ 入浴はさしつかえありませんが、接種部位をこすることはやめましょう。
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。

５　予防接種健康被害救済制度

予防接種の副反応により、医療機関での治療が必要になった、あるいは生活に支障をきたすような障がいが残ったなど、健康被害が生じた場合には、予防接種法に基づく補償を受けることができます。お住まいの区の保健福祉センターにご連絡ください。国の審査会にて審議し、予防接種によるものと認定された場合に補償を受けることができます。

大阪市保健所・各区保健福祉センター　　令和８年９月

別紙２－１

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。）
◎　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。

※　予防接種を見合わせた理由〔　　〕

ワクチン名・ロット番号	

接種日　　年　　月　　日

接種方法（皮下）0.5ml

接種部位（ 左・右 ）上腕部

実施場所（　　）

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	大正・昭和　　年　　月　　日生　（満　　歳）		

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、身体に具合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か月以内に熱が出たり、病気にかかったりしましたか。 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（　　）	**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は受けてよいといわれましたか。	はい	**いいえ**	
6. 心臓、腎臓、肝臓、血液、免疫不全症などの病気にかかったことがありますか。 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は受けてよいといわれましたか。	はい	**いいえ**	
7. 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	
8. 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	
9. 以前にインフルエンザの予防接種を受けて身体の具合が悪くなったことがありますか。	**はい**	いいえ	
インフルエンザ以外の予防接種を受けて身体の具合が悪くなったことがありますか。	**はい**	いいえ	
10. 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	
11. 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（　　）

※体温測定　　度　　分

以上の問診及び診察の結果、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。

医師署名又は記名押印

※ 使用ワクチン	※ 接種量・接種部位	※ 実施場所・接種医師名・接種年月日
ワクチン名	皮下	実施場所
Lot No.	0.5ml	接種医師名
最終有効年月日	接種部位（ 左・右 ）上腕部	接種年月日　令和　　年　　月　　日

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、予防接種健康被害救済制度などについて理解したうえで、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、この目的以外に使用いたしません。
（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**

新型コロナウイルス感染症予防接種　65歳以上の方等

ワクチン名・ロット番号
ワクチンシール貼付

◎　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。）
◎　接種前後の注意事項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。

※　予防接種を見合わせた理由〔　　〕

年　月　日
ml
筋肉内
接種部位（左・右）上腕部

新型コロナウイルス感染症予防接種　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）		

質　問　事　項	回答欄		医師の確認欄
1. 今日受ける新型コロナウイルス感染症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、身体に具合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か月以内に熱が出たり、病気にかかったりしましたか。 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. 以前に新型コロナウイルス感染症の予防接種を受けて身体の具合が悪くなったことがありますか。 新型コロナウイルス感染症以外の予防接種を受けて身体の具合が悪くなったことがありますか。	**はい** **はい**	いいえ いいえ	
11. 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	
12. 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

※ ワクチンロット番号	※ 接種量・接種部位	※ 接種場所・接種医師名・接種年月日
ワクチン名	筋肉内接種	実施場所
Lot No.	ｍｌ	接種医師名
最終有効年月日	接種部位（ 左 ・ 右 ）上腕部	接種年月日　令和　年　月　日

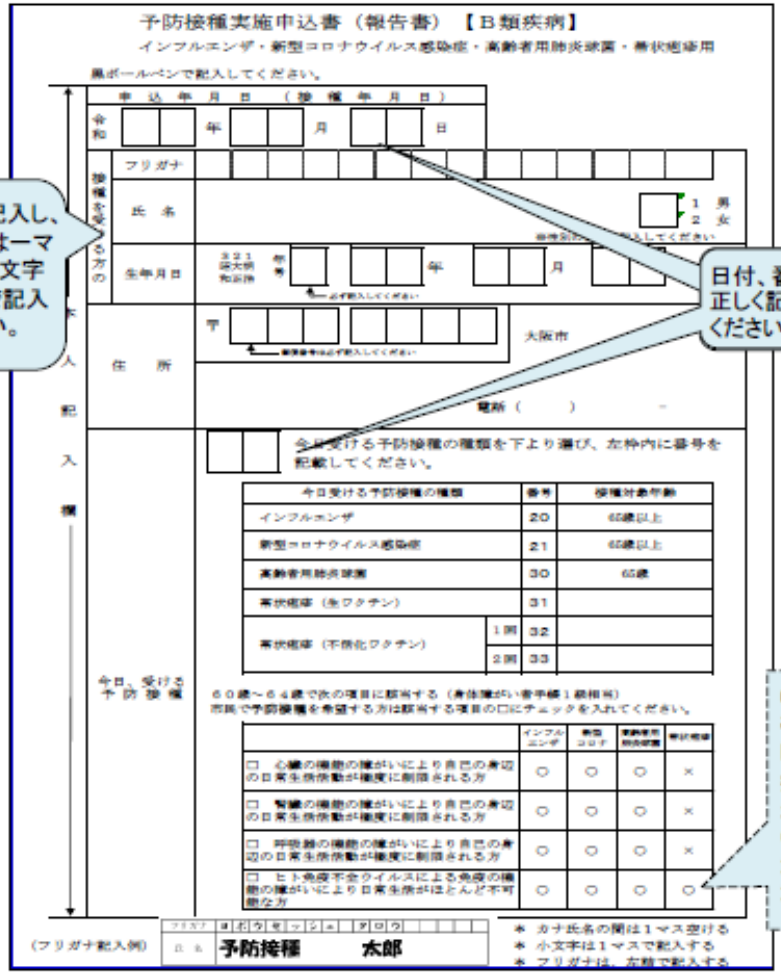
新型コロナウイルス感染症予防接種希望書（医師の診察の結果、接種が可能と判断された後に記入してください。）

医師の診察・説明を受け、新型コロナウイルス感染症予防接種の効果や目的、重篤な副反応の可能性、予防接種健康被害救済制度等について理解したうえで、接種を希望しますか。（ 希望します ・ 希望しません ）
（※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。

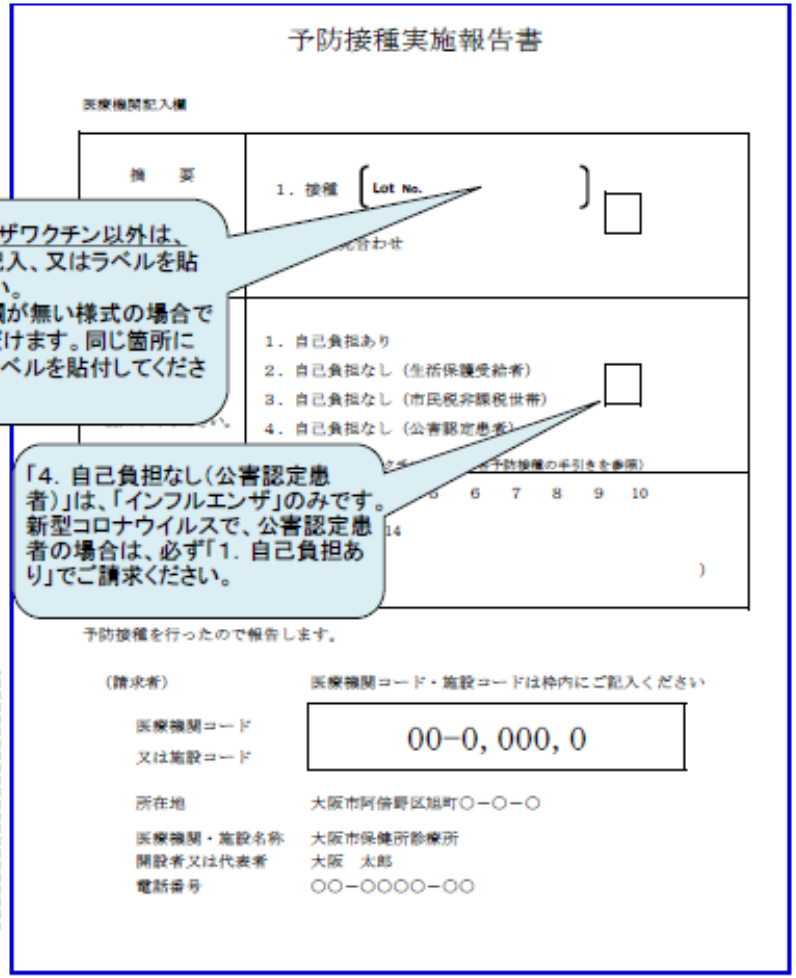
予防接種実施申込書（報告書）様式



左詰めで記入し、氏名の間は一マス空け、小文字は一マスで記入してください。

日付、番号を正しく記入してください。

60～64歳の方のうち
帯状疱疹ワクチンのみ
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程度の障がいを有する者（身体障がい者手帳1級相当）
が対象となります。



インフルエンザワクチン以外は、Lot No.を記入、又はラベルを貼付してください。
〔Lot No〕欄が無い様式の場合でも使用いただけます。同じ箇所に記入、又はラベルを貼付してください。

「4．自己負担なし（公害認定患者）」は、「インフルエンザ」のみです。新型コロナウイルスで、公害認定患者の場合は、必ず「1．自己負担あり」でご請求ください。

●「フリガナ」は、左詰めで記入し、氏名の間は1マス空けて、小文字は1マスで記入してください。間違いや漏れのないよう、正確に記入してください。
●〔Lot No〕欄が無いものでも、記入例と同じ箇所に手書きで記入するか、ラベルを貼付してご使用いただけます。
●予防接種実施申込書（報告書）については、旧年度様式も使用できます。
●用紙の不足がありましたら、市内の医療機関様 は、最寄りの区保健福祉センターで配付、市外の医療機関様 は、大阪市保健所へ連絡願います（電話06-6647-0954）

別紙3

予防接種の接種日が**令和８年４月１日以降**の請求様式　　別紙4

令和　　年　　月分　　個別予防接種請求書

請求件数　　件　　請求金額　金　　円

		ワクチンの種類		接種料	件数	小計件数	小計金額	見合せ料	見合せ件数	見合せ小計
A類	44	5種混合 DPT-IPV-Hib	１期初回１回目	19,833円	件	件	円	3,498円	件	円
	45		１期初回２回目		件					
	46		１期初回３回目		件					
	47		１期追加		件					
	09	ＤＴ	２期	6,391円	件		円	3,421円	件	円
	10	ＭＲ	１期	12,606円	件		円	5,676円	件	円
	11		２期	10,351円	件		円	3,421円	件	円
	16	日本脳炎	１期初回１回目	7,495円	件	件	円	3,509円	件	円
	17		１期初回２回目		件					
	18		１期追加		件					
	19		２期	7,271円	件	件	円	3,421円	件	円
	22	日本脳炎 経過措置	１期初回１回目	6,806円	件	件	円	2,819円	件	円
	22		１期初回２回目		件					
	22		１期追加		件					
	64	小児用肺炎球菌	初回１回目	12,551円	件	件	円	2,945円	件	円
	65		初回２回目		件					
	66		初回３回目		件					
	67		追加		件					
	81	子宮頸がん予防 ９価	１回目	29,656円	件	件	円	2,218円	件	円
	82		２回目		件					
	83		３回目		件					
	79	水痘	１回目	10,901円	件	件	円	5,676円	件	円
	80		２回目		件					
	88	Ｂ型肝炎	１回目	8,129円	件	件	円	5,199円	件	円
	89		２回目		件					
	90		３回目		件					
	93	ロタウイルス (ロタリックス)	１回目	15,301円	件	件	円	4,191円	件	円
	94		２回目		件					
	95	ロタウイルス (ロタテック)	１回目	10,274円	件	件	円	4,191円	件	円
	96		２回目		件					
	97		３回目		件					
	98	ＢＣＧ		11,781円	件		円	4,191円	件	円
	23	ＲＳウイルス		30,096円	件		円	3,366円	件	円

以下のとおり請求します。

令和　　年　　月　　日

医療機関番号

施設番号

郵便番号　〒　　－

所在地

医療機関・施設名称

開設者又は代表者

電話番号　　－　　－

（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。

	ワクチンの種類			接種料	件数	小計件数	小計金額	見合せ料	見合せ件数	見合せ小計
A類	60	ヒブ	初回１回目	9,572円	件	件	円	2,945円	件	円
	61		初回２回目		件					
	62		初回３回目		件					
	63		追加		件					
	01	3種混合 DPT ワクチン	１期初回１回目	9,261円	件	件	円	3,498円	件	円
	02		１期初回２回目		件					
	03		１期初回３回目		件					
	04		１期追加		件					
	71	不活化ポリオ	１期初回１回目	9,921円	件	件	円	3,498円	件	円
	72		１期初回２回目		件					
	73		１期初回３回目		件					
	74		１期追加		件					
	12	麻しん	１期	9,064円	件		円	5,676円	件	円
	13		２期	7,634円	件		円	4,246円	件	円
	14	風しん	１期	9,064円	件		円	5,676円	件	円
	15		２期	7,634円	件		円	4,246円	件	円
B類	20	インフルエンザ	自己負担あり	3,626円	件		円	3,201円	件	円
	20		自己負担なし	5,126円	件		円			
	21	新型コロナウイルス	自己負担あり	7,906円	件		円	3,366円	件	円
	21		自己負担なし	15,906円	件		円			
	30	高齢者用肺炎球菌	自己負担あり	5,726円	件		円	3,366円	件	円
	30		自己負担なし	11,726円	件		円			
	31	帯状疱疹 （生ワクチン）	自己負担あり	4,256円	件		円	3,366円	件	円
	31		自己負担なし	8,756円	件		円			
	32	帯状疱疹 （組換えワクチン） １回目	１回目 自己負担あり	10,956円	件		円	3,366円	件	円
	32		１回目 自己負担なし	21,956円	件		円			
	33	帯状疱疹 （組換えワクチン） ２回目	２回目 自己負担あり	10,956円	件		円	3,366円	件	円
	33		２回目 自己負担なし	21,956円	件		円			

保健所使用欄	（接種）	（見合わせ）	（接種＋見合わせ）

別紙５

（別紙様式１）

報告先：（独）医薬品医療機器総合機構
電子報告：https://www.pmda.go.jp/safety/reports/hcp/0002.html
FAX番号（各種ワクチン共通）：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５

（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	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 （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	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 帯状疱疹	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	無菌性髄膜炎（帯状疱疹を伴うもの）	－	
		5	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、〇で囲んでください。
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、〇で囲んでください。
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、国立健康危機管理研究機構、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、記載いただかなくて結構です。
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。
・広範な慢性の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の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っては、接種後に広範な慢性の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るため、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っては、接種後に広範な慢性の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。）にあっては、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て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て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）

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	銀行コード 銀行 支店コード 支店	銀行コード 銀行 支店コード 支店
振込先口座	預金種別	普通　・　当座	普通　・　当座
振込先口座	ふりがな 口座名義		
振込先口座	口座番号		

次表の「実施欄」に届出以降、実施するもの全てに○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
	日本脳炎		ロタリックス
	ジフテリア・百日せき・破傷風混合		ロタテック
	風しん（小児）		百日せき･ジフテリア･破傷風･急性灰白髄炎(ポリオ)・ヒブ混合
	麻しん（小児）		帯状疱疹（生ワクチン）（高齢者）
	ジフテリア・破傷風混合		帯状疱疹（組換えワクチン）（高齢者）
	麻しん風しん混合		風しん第５期（麻しん風しん混合・風しん）
	インフルエンザ（高齢者）		新型コロナウイルス
	小児用肺炎球菌		ＲＳウイルス
	ヒブ		
	子宮頸がん予防		
	急性灰白髄炎（ポリオ）		
	高齢者用肺炎球菌		
	水痘（小児）		
	Ｂ型肝炎（小児）		

※ 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○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

令和　第　年　月　日　号

〒

大阪市　保健福祉センター所長

様

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）		
	円	円	円	円	円	円	収入充当額	手持金	合計
{(A)－(B)}							円	円	円

内訳	生活扶助					住宅扶助	教育扶助	調整額	上積額	合計
	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)		月～　月			
(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

０１Ｍ０００００００１

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

「介護保険料決定通知書」　資料５

お問い合わせ先

被保険者番号
氏　　名

介護保険料　決定　通知書

平成２６年７月１日作成

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。

※ 世帯主及び配属者の方は、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

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生活介護、短期入所生活介護、短期入所療養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「施設等」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指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認定証

交付年月日

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

から　円
まで　円
円
円
円

印 鑑 10

271007

大阪市

大阪市長

住所
電話
FAX

N−NNNN
N−−−−−−−（２５）−−−−−−−−NNN
N−−−−−−−（２５）−−−−−−−−NNN
N−−−−−−−（２５）−−−−−−−−NNN
N−−−−−−−（２５）−−−−−−−−NNN
N−−−−−−−（２５）−−−−−−−−NNN

資料７

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

〒　　様

NNZ９年Z９月Z９日
NNNNNNNXXXXXXN

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	９９９９９９９９９
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
介護保険施設 所在地	〒NNN−NNNN NNNNNNNNNNNNNNN NNNNNNNNNN　電話番号 XXXXXXXXXXXXX
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９年３月31日まで有効

定期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、下記の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。

- 高齢者新型コロナウイルス予防接種　（接種期間は令和８年10月１日から令和９年１月31日まで）予定
- 高齢者インフルエンザ予防接種　（接種期間は令和８年10月１日から令和９年１月31日まで）予定
- 高齢者の肺炎球菌感染症予防接種　（接種期間は通年）
- 帯状疱疹予防接種　（接種期間は通年）

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

定期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）

※それぞれ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

	介護保険料段階
氏名	**第　　段階** ※申請日現在

保健業務担当記入欄

確認欄
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。

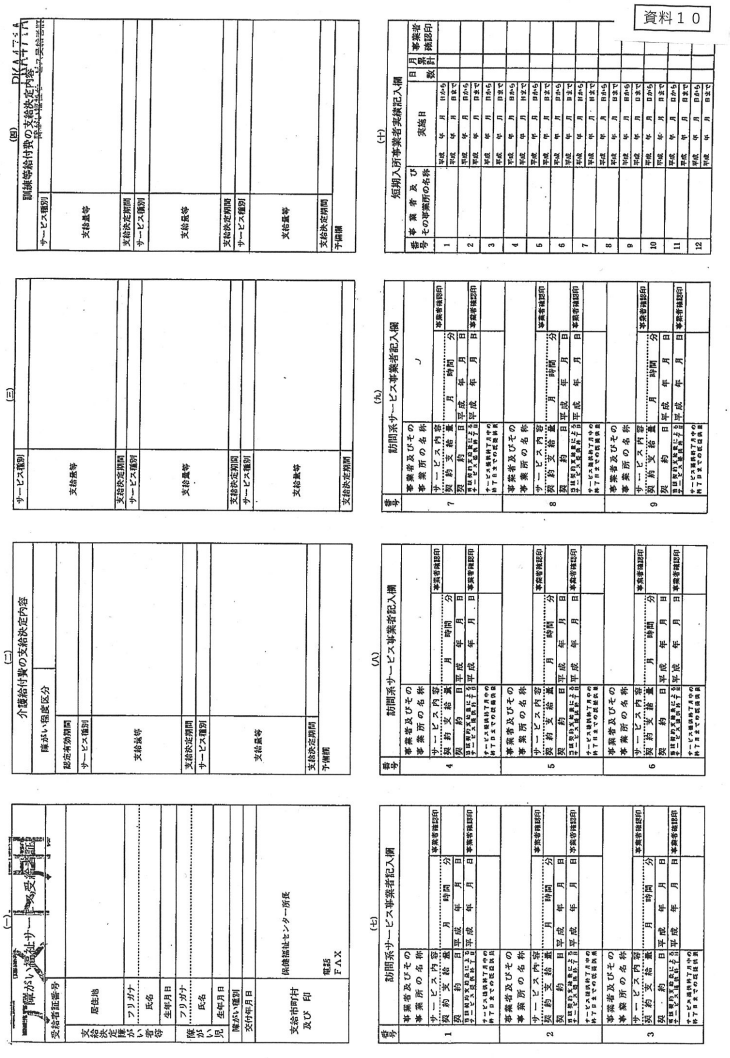
資料９

後期高齢者医療資格確認書

有効期限 令和　９年　７月31日
交付年月日 令和○○年○○月○○日

被保険者番号		○○○○○○○○
被保険者	住所	△△市△△町△△丁目△番△号
	氏名	広域　太郎
	生年月日	昭和○○年○○月○○日
資格取得年月日		□□○○年○○月○○日
負担割合 発効期日		○割 □□○○年○○月○○日
限度区分 発効期日		○○○ □□○○年○○月○○日
長期入院 該当日		□□○○年○○月○○日
特定疾病区分 発効期日		○○○ □□○○年○○月○○日
保険者番号並びに保険者の名称及び印		×××××××× 印 大阪府後期高齢者医療広域連合 電話：06-4790-2028

資料１０



資料 11

テスト用

PJA002A

自立支援医療受給者証（更生医療）

公費負担者番号	1	5	2	7	4	0	1	2	公費受給者番号	2	7	1	5	6	7	0	自立支援医療受給者証				

受診者	フリガナ	ｼﾞﾘﾂ 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９年３月31日まで有効

定期予防接種に係る自己負担免除確認書

住所　大阪市　　区

ふりがな
氏名

上記の方につきましては、下記の定期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。

●高齢者新型コロナウイルス予防接種　●高齢者インフルエンザ予防接種
●高齢者の肺炎球菌感染症予防接種　●帯状疱疹予防接種

※予防接種の種類によって、対象者や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。
・新型コロナウイルス・・65歳以上の方※
（接種期間は令和８年10月１日から令和９年１月31日まで）予定
・インフルエンザ・・・・65歳以上の方※
（接種期間は令和８年10月１日から令和９年１月31日まで）予定
・高齢者用肺炎球菌・・・65歳の方※
・帯状疱疹・・・・・・・令和８年度中に65・70・75・80・85・90・95・100歳以上になる方※
※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（帯状疱疹についてはヒト免疫不全ウィルスによる免疫の機能に障害を有する方のみ対象）
※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、帯状疱疹については、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　・個人番号カード
・その他
（　　）

資料 13

予 防 接 種 実 施 願

令和　　年　　月　　日

大阪市＿＿＿＿区保健福祉センター所長　あて

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

次の理由により住民登録地での予防接種法に基づく予防接種を受けることが困難であるため、大阪市の委託医療機関において予防接種を受けたいので、実施をお願いします。

被接種者	氏　名 性　別 生年月日	□男性 □女性 □回答しない（※該当にチェックをつけてください） 年　月　日生（　歳　か月）
	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。
	居　所 ※現在住んでいる所	大阪市　区
	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）
	大阪市に居所を有する理由	令和６年能登半島地震により被災し、大阪市に避難しているため
予防接種の種類 （希望するものに ○印をつけてください）	ヒブ　初回：１回／２回／３回／追加	
	小児用肺炎球菌　初回：１回／２回／３回／追加	
	Ｂ型肝炎　１回／２回／３回	
	ロタウイルス　１回／２回／３回	
	DPT-IPV-Hib　１期初回：１回／２回／３回／１期追加	
	DPT-IPV　１期初回：１回／２回／３回／１期追加	
	DPT　１期初回：１回／２回／３回／１期追加	
	急性灰白髄炎（ポリオ）　初回：１回／２回／３回／追加	
	DT　２期	
	ＢＣＧ	
	Ｍ　Ｒ　１期／２期	
	麻しん　１期／２期	風しん　１期／２期
	水痘　１回／２回	
	日本脳炎　１期初回：１回／２回／１期追加／２期	
	子宮頸がん予防　１回／２回／３回	
	高齢者用肺炎球菌	
	高齢者インフルエンザ	

※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

受付印

資料14

本人確認証

Ｎｏ.＿＿＿＿

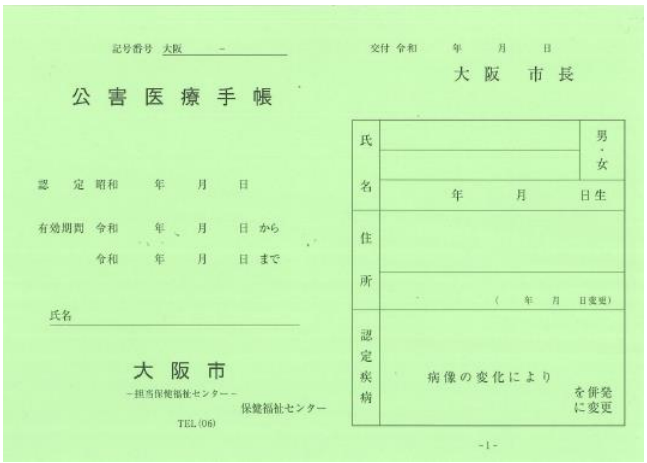
氏　　名
生年月日
性　　別
住　　所

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　横山　英幸

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 令和　年　月　日

大阪市長

公害医療手帳

認定 昭和　年　月　日

有効期間 令和　年　月　日から
令和　年　月　日まで

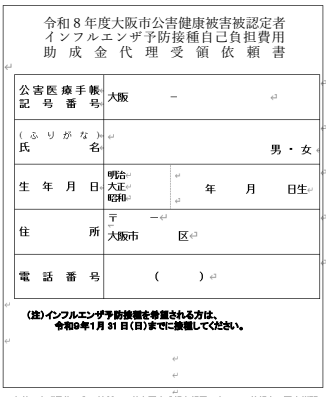
氏名

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

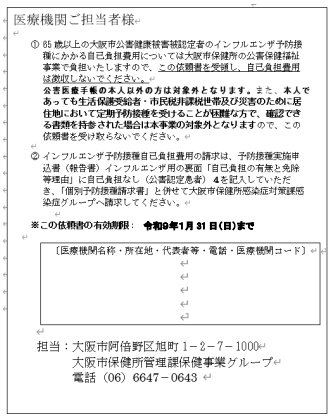


令和８年度大阪市公害健康被害被認定者
インフルエンザ予防接種自己負担費用
助 成 金 代 理 受 領 依 頼 書

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8年1月31日(日)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災害のために居住地において定期予防接種を受けることが困難な方で、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8年1月31日(日)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

資料 17

大阪府国民健康保険限度額適用・標準負担額減額認定証

有効期限 令和０５年０７月３１日
交付年月日 令和０４年０８月０１日

記号		番号	（枝番）01
世帯主	住所		
	氏名		
適用対象・減額者	氏名		
	生年月日		
発効期日	令和０４年０８月０１日		
適用区分	区分Ⅱ		
長期入院該当年月日	令和０４年０８月０１日	交付者印	
保険者番号			
並びに交付者の名称及び印	大阪市 区役所 課 電話　FAX		