大阪市高齢者用肺炎球菌及び帯状疱疹予防接種実施の手引き

大阪市健康局

保健所感染症対策課（感染症グループ）
電話　06－6647－0954

予防接種の最新情報については、下記ホームページをご確認ください。

- 本市ホームページ「高齢者用肺炎球菌ワクチン接種について」
- 本市ホームページ「帯状疱疹ワクチン接種について」

本手引きについては、下記ページにも掲載しておりますので、必要に応じてご参照ください。

- 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」

高齢者用肺炎球菌ワクチン接種について

帯状疱疹ワクチン接種について

大阪市委託医療機関向け予防接種情報

＜注意点＞

●**「14. 接種委託料の請求」に係る接種見合わせ料の請求について、次の通り、修正しました。**
「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。」**

●**「11. 接種時・接種後の副反応の対応」に記載誤りがありましたので、修正しました。**
「※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。」

●高齢者用肺炎球菌ワクチン接種で使用するワクチンの種類が、令和８年４月１日から「ファイザー社のプレベナー20」に変更となっています。詳しくはP. ５をご参照ください。

●高齢者用肺炎球菌の使用ワクチンが変更され、接種方法が筋肉内注射のみとなるなど従来と一部取り扱いが異なりますが、予診票は、当面の間お手元にある様式の記載内容を訂正のうえご使用いただくようお願いいたします。詳しくはP. 19 をご参照ください。

●高齢者用肺炎球菌ワクチンについては、令和８年４月接種分より、変更前・変更後のワクチンを区別するため、他のワクチンと同様に、予防接種実施申込書（報告書）へロット番号を記入、またはロットシールを貼付いただくようお願いいたします。

●高齢者用肺炎球菌ワクチンについては、令和８年４月１日以降に、ＭＳＤ社のニューモバックスを接種した場合、定期接種の対象とはなりません。

●「様式４　予防接種後副反応疑い報告書」の様式を更新しました。

予防接種の請求について、記入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8月 20 日時点）

＜目次＞

大阪市高齢者用肺炎球菌及び帯状疱疹予防接種の手引き

１．目的 …… 2
２．対象者 …… 2
３．実施期間及び接種回数 …… 3
４．接種費用 …… 4
５．自己負担免除等の取扱い …… 4
６．接種するワクチンの種類及び接種量 …… 5
７．接種場所 …… 5
８．接種までの手順 …… 5
９．接種時の注意 …… 7
10. 予防接種済証の交付及び予診票の保管 …… 8
11. 接種時・接種後の副反応の対応 …… 8
12. 他の予防接種との関係 …… 9
13. 長期にわたり療養を必要とする疾病にかかった方等の定期接種 …… 9
14. 接種委託料の請求 …… 9
15. 接種委託料の支払い …… 10
16. その他 …… 11

適切な予防接種の徹底について …… 12

様式１　各予防接種の説明書 …… 14
様式２　各予防接種予診票 …… 18
　高齢者用肺炎球菌ワクチン変更に伴う予診票の取り扱いについて …… 19
様式３　予防接種実施申込書（報告書）【Ｂ類疾病】 …… 21
様式４　予防接種後副反応疑い報告書 …… 22
様式５　個別予防接種請求書 …… 25
様式６　予防接種実施医療機関等変更届 …… 27

確認資料（資料１～資料１５） …… 28

◆ご注意

- 対象者の要件を必ずご確認ください。生活保護受給者の方及び市民税非課税世帯の方であっても、「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。
- 「5．自己負担免除等の取扱い」にある確認書類をお持ちの方でも「2．対象者」に該当しない方は公費助成の対象となりません。
- 各予防接種のお知らせハガキ等は、接種の際に必須のものではありません。
- 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。
- 既に高齢者用肺炎球菌ワクチンの接種を受けたことがある方は対象外です。（自費で接種された方や大阪市以外で接種された方も対象外です）。
- 令和８年４月１日から高齢者用肺炎球菌ワクチンで使用するワクチンの種類が、「沈降 20 価肺炎球菌結合型ワクチン」に変更となっています。令和８年４月１日以降に、令和８年３月 31 日まで使用していた 23 価肺炎球菌莢膜ポリサッカライドワクチンを接種した場合、定期接種の対象とはなりません。
- 高齢者用肺炎球菌の使用ワクチンが変更され、接種方法が筋肉内注射のみとなるなど従来と一部取り扱いが異なりますが、予診票は、当面の間、お手元にある様式を P.19 に記載のとおり訂正のうえご使用ください。
- 高齢者用肺炎球菌ワクチンについては、令和８年４月接種分より、変更前・変更後のワクチンを区別するため、他のワクチンと同様に、予防接種実施申込書（報告書）へロット番号を記入、またはロットシールを貼付いただくようお願いいたします。
- 帯状疱疹ワクチンについて、自費での接種や大阪市以外での接種も含め、過去に生ワクチンを１回又は組換えワクチンを２回接種した方は対象外です（過去に組換えワクチンを１回受けた方は、残り１回分のみ助成の対象となります）。

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

インフルエンザ及び新型コロナワクチンの定期予防接種制度の「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おける大阪府民の取扱い」はありませんので、ご注意ください。

● 高齢者用肺炎球菌

（１）65 歳の市民で高齢者用肺炎球菌予防接種を希望する者（既に接種された方は対象外）
接種当日に 65 歳の方が対象となりますので、66 歳の誕生日前日までが接種期間となります。

（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）市民で高齢者用肺炎球菌予防接種を希望する者。

①心臓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者
②腎臓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者
③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者
④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

※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）【B類疾病】（様式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。

※高齢者用肺炎球菌予防接種の実施について、対象年齢となった方へ 65 歳の誕生日の翌月を目途にお知らせハガキ（一部の市民には封書）の送付を予定しておりますが、ハガキ等は接種の際に

必須のものではありませんので、接種にあたっては対象者の確認等、本手引き記載の内容を参照し、実施してください。

※既に高齢者用肺炎球菌ワクチンの接種を受けたことがある方は対象外です。（自費で接種された方や大阪市以外で接種された方も対象外です）

- **帯状疱疹**

（1）令和８年度に、次の年齢にある市民で帯状疱疹予防接種を希望する者
（既に接種された方は対象外）

65 歳	昭和 36 年４月２日生～昭和 37 年４月１日生	70 歳	昭和 31 年４月２日生～昭和 32 年４月１日生
75 歳	昭和 26 年４月２日生～昭和 27 年４月１日生	80 歳	昭和 21 年４月２日生～昭和 22 年４月１日生
85 歳	昭和 16 年４月２日生～昭和 17 年４月１日生	90 歳	昭和 11 年４月２日生～昭和 12 年４月１日生
95 歳	昭和６年４月２日生～昭和７年４月１日生	100 歳	大正 15 年４月２日生～昭和２年４月１日生

（2）接種当日に 60～64 歳の方のうち、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）

※自費での接種も含め、過去に生ワクチンを１回又は組換えワクチンを２回接種した方は助成を受けられません（過去に組換えワクチンを１回受けた方は、残り１回分のみ助成の対象となります）。

※帯状疱疹予防接種の実施について、対象となった方へ令和８年４月中にお知らせハガキ（一部の市民には封書）の送付を予定しておりますが、ハガキ等は接種の際に必須のものではありませんので、接種にあたっては対象者の確認等、本手引き記載の内容を参照し、実施してください。

３．実施期間及び接種回数

- **実施期間**
  - **高齢者用肺炎球菌**

    65 歳の誕生日前日より 66 歳の誕生日前日まで
  - **帯状疱疹**

    令和８年４月１日より令和９年３月 31 日まで
- **接種回数**
  - **高齢者用肺炎球菌**

    １回接種
  - **帯状疱疹**

    使用されるワクチンは次の２種類があり、いずれかのワクチンを接種します。

    ※帯状疱疹ワクチンの交互接種（２種類の異なるワクチンを組み合わせて接種すること）はできません。

	生ワクチン(※1) 乾燥弱毒生水痘ワクチン「ビケン」	組換えワクチン シングリックス
接種（助成）回数	１回	２回(※2)

(※1)免疫不全と診断されている方および免疫抑制をきたす治療を受けている方は、生ワクチンの接種を受けることができません。

(※2)組換えワクチンは、２か月以上あけて２回目を接種します（標準的には２か月の間隔をおいて２回目を接種するが、２か月を超えた場合であっても１回目の接種から６か月までに２回目を接種することが望ましい）。ただし、医師が医学的知見に基づき早期の接種が必要と認めるものについては、接種間隔を１か月まで短縮できます。

なお、２回の助成を受けるには、２回目の接種が実施期間内（令和９年３月 31 日）までに完了している必要があり、そのため少なくとも１回目の接種は令和９年１月 31 日までに実施する必要があります。

４．接種費用

- 高齢者用肺炎球菌

  自己負担金として**6,000円**を徴収してください。

- 帯状疱疹

  使用されるワクチンに応じた自己負担金を徴収してください。

	生ワクチン 乾燥弱毒生水痘ワクチン「ビケン」	組換えワクチン シングリックス
接種費用 （自己負担金）	4,500円/回	11,000円/回 ※２回接種で22,000円

※ただし、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。

５．自己負担免除等の取扱い

「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」については、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）【B類疾病】」（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。

区分	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13）	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） ・自己負担免除確認書（介護保険）（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９） （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10） （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11） ・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

区分	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 14） 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）	3
	・限度額適用・標準負担額減額認定証（国民健康保険）（資料 15） ※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 12）（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。

６．接種するワクチンの種類及び接種量

- 高齢者用肺炎球菌

  肺炎球菌ワクチン（ファイザー社のプレベナー20）を１回 0.5mL、筋肉内に接種。

  ※令和８年４月１日以降に、ＭＳＤ社のニューモバックスを接種した場合、定期接種の対象とはなりません。

- 帯状疱疹

	生ワクチン 乾燥弱毒生水痘ワクチン「ビケン」	組換えワクチン シングリックス
接種方法	0.5mL/回を**皮下**注射	0.5mL/回を**筋肉内**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

接種は原則として予約制とし、事前申込みを受け付けてください。

予約受付時点で、生年月日や過去の接種歴を確認し、接種対象者であることをご確認ください。

なお、過去の接種歴については、本人の申告内容と合わせて、カルテ等も参照し、ワクチンの種類、回数、接種間隔に誤りがないよう確認を行ってください。なお、異なる医療機関での接種歴については、出来る限り、予診票副票等を当日持参させる等により、ご確認ください。

（2）接種当日

「各予防接種の説明書」（様式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、「各予防接種予診票」（様式２）及び「予防接種実施申込書（報告書）【Ｂ類疾病】」（様式３）に必要事項を記入していただくよう、ご案内ください。

※高齢者用肺炎球菌については使用ワクチンが変更され、接種方法が筋肉内注射のみとなるなど従来と一部取り扱いが異なりますが、予診票は、当面の間、お手元にある様式の記載内容を「高齢者用肺炎球菌ワクチン変更に伴う予診票の取り扱いについて」（P.19）のとおり訂正のうえご使用ください。

※「予防接種実施申込書（報告書）【Ｂ類疾病】」（様式３）は、旧様式のものも使用できますが、予防接種の種別コードについては様式３に記載のある該当種別コードを記入してください。

（3）接種対象者の確認

接種前に、氏名、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。

※高齢者用肺炎球菌及び帯状疱疹の予防接種においては、インフルエンザ及び新型コロナワクチンの定期予防接種制度の、「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おける大阪府民の取扱い」はありませんので、ご注意ください。

（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、「各予防接種予診票」（様式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。

● 高齢者用肺炎球菌

※予診票の質問事項１「高齢者用肺炎球菌ワクチンの予防接種を受けたことがありますか。」の回答欄に「はい」と答えた方は定期接種の対象外です。

なお、過去の接種歴については、「適切な予防接種の徹底について」（P.12）をご参照いただき、質問事項１の回答が「いいえ」の場合でも、接種希望者またはご家族への直接確認やカルテ等による確認を合わせておこなってください。異なる医療機関での接種歴がある場合は、可能な限り、予診票副票等を持参させ、ご確認ください。

● 帯状疱疹

※予診票の質問事項１「帯状疱疹ワクチンの予防接種を受けたことがありますか。」の回答欄に「はい」と答えた方で、「過去に帯状疱疹の生ワクチン１回、もしくは組換えワクチン２回」の接種を受けたことがある方は定期接種の対象外です。

なお、過去の接種歴については、「適切な予防接種の徹底について」（P.12）をご参照いただき、質問事項１の回答が「いいえ」の場合でも、接種希望者またはご家族への直接確認やカルテ等による確認を合わせておこなってください。異なる医療機関での接種歴がある場合は、可能な限り、予診票副票等を持参させ、ご確認ください。

※生ワクチンについて、免疫不全と診断されている方及び免疫抑制をきたす治療を受けている方は、接種できません。また、輸血やガンマグロブリンの注射を受けた方は、治療後３か月以上、大量ガンマグロブリン療法を受けた方は治療後６か月以上置いて接種してください。

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。
・各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「各予防接種予診票」（様式２）の〔医師の記入欄〕に記入し、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。

なお、予防接種健康被害救済制度の申請に関するお問い合わせは、対象者居住区の保健福祉センターになります。

※予防接種健康被害救済制度について
定期の予防接種によって引き起こされた副反応により、医療機関での治療が必要になったり、生活に支障がでるような障がいを残すなどの健康被害が生じ、予防接種によるものと国が認定した場合に、予防接種法に基づき補償する制度です。健康被害の程度等に応じて、医療費・医療手当、障害児養育年金、障害年金、死亡一時金、葬祭料の区分があり、法律で定められた金額が支給されます。死亡一時金、葬祭料以外については、国が認定した期間支給されます。

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、接種方法（皮下又は筋肉内）を予診票に記入してください。

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。
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。
③ 接種液は、有効期限内のものを均質にして使用する。
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。
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。
⑥ 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。
⑦ 筋肉内注射を行うときは、原則として上腕三角筋部又は大腿前外側部（外側広筋）にそれぞれ行う。なお、その際臀部には接種しないこと。
⑧ 筋肉内注射を行うときは、組織・神経等への影響を避けるため下記の点に注意すること。
- 針長は筋肉内注射に足る長さで、神経、血管、骨等の筋肉下組織に到達しないよう、各被接種者に対して適切な針長を決定すること。
- 神経走行部位を避けること。

- 注射針を刺入したとき、激痛の訴えや血液の逆流をみた場合は直ちに針を抜き、部位をかえて注射すること。

⑨ 高齢者用肺炎球菌予防接種は、原則として上腕三角筋部への筋肉内注射により行う。
⑩ 帯状疱疹予防接種の生ワクチンは、原則として上腕伸側に皮下接種により行う。
⑪ 帯状疱疹予防接種の組換えワクチンは、上腕三角筋部への筋肉内注射により行う。
⑫ 接種前に接種部位をアルコールで消毒する。
⑬ 同一部位に反復して接種することは避ける。
⑭ 接種用具等の消毒は、適切に行う。

（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。
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。

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、「各予防接種予診票」（様式２）の上部を切り取り、接種日・接種部位・接種場所等を記入したうえで、当該部分が予防接種済証を兼ねるため紛失しないよう被接種者に伝えて交付してください。また、「各予防接種予診票」（様式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）などに記入される内容には、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（様式４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. 他の種類のワクチンとの接種間隔、及び同時接種

いずれのワクチンについても、医師が特に必要と認めた場合は、インフルエンザや新型コロナ、高齢者肺炎球菌、帯状疱疹ワクチン等の他のワクチンと同時接種が可能です。

ただし、帯状疱疹生ワクチンについては、他の生ワクチンと 27 日以上の間隔を置いて接種してください。

13. 長期にわたり療養を必要とする疾病にかかった方等の定期接種

予防接種の対象者であった間に、下記の特別の事情があることにより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、当該特別の事情がなくなった日から起算して１年を経過する日までの間、定期の予防接種の対象者になります。

ただし、帯状疱疹にあっては、当該疾病にかかったことがある者は対象者から除きます。

(特別の事情)

（1）次のアからウまでに掲げる疾病にかかったこと（やむを得ず定期接種を受けることができなかった場合に限る。）

ア　重症複合免疫不全症、無ガンマグロブリン血症その他免疫の機能に支障を生じさせる重篤な疾病

イ　白血病、再生不良性貧血、重症筋無力症、若年性関節リウマチ、全身性エリテマトーデス、潰瘍性大腸炎、ネフローゼ症候群その他免疫の機能を抑制する治療を必要とする重篤な疾病

ウ　ア又はイの疾病に準ずると認められるもの

※該当する疾病にかかったことのある方又はかかっている方が一律に予防接種の不適当者であるということを意味するものではなく、予防接種実施の可否の判断は予診を行う医師の診断により行われるものです。

（2） 臓器の移植を受けた後、免疫の機能を抑制する治療を受けたこと（やむを得ず定期接種をうけることができなかった場合に限る。）

（3） 医学的知見に基づき（1）又は（2）に準ずると認められるもの

※上記に該当する疾病や申出書等の詳細については、大阪市ホームページ「長期療養により定期予防接種の機会を逃した方」をご参照ください。

掲載アドレス：https://www.city.osaka.lg.jp/kenko/page/0000210934.html

14. 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」（様式５）に「予防接種実施申込書（報告書）【Ｂ類疾病】」（様式３）を添付し、**記入誤りや記入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、下記送付先まで提出してください。

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、本市に避難しており、各区保健福祉センター発行の「予防接種実施願」持参の者については「予防接種実施願」を本人より受け取り、同封してください。

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特例で定期の予防接種を実施する者については、「長期療養に係る定期の予防接種特例実施依頼書」を本人より受け取り、同封してください。

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。

送付先
〒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、「予防接種実施申込書（報告書）【Ｂ類疾病】」（様式３）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。**記入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。**

なお、高齢者用肺炎球菌については、令和８年４月接種分より、帯状疱疹ワクチンや他のワクチンと同様、予防接種実施申込書（報告書）の〔Lot No.〕欄へ、ロット番号を記入するか、ワクチンの箱に付属しているラベルシールを貼付いただくようお願いいたします。

※記入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可能性がありますので、十分ご注意願います。

公費負担対象外の例
・被接種者が対象年齢の大阪市民ではない場合
・ワクチン接種量が０．５ｍｌではない場合
- 高齢者用肺炎球菌ワクチン
  自費での接種や大阪市以外での接種も含め、過去に高齢者用肺炎球菌ワクチンの接種を受けたことがある方は対象外です。
- 帯状疱疹ワクチン
  自費での接種や大阪市以外での接種も含め、過去に生ワクチンを１回又は組換えワクチンを２回接種した方は対象外です（過去に組換えワクチンを１回受けた方は、残り１回分のみ助成の対象となります）。

15. 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、お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	種別	自己負担額	公費負担額
高齢者用肺炎球菌	接種　自己負担あり	**６，０００円**	５，７２６円 （接種料相当）
	接種　自己負担なし	０円	１１，７２６円 （ワクチン代及び接種料相当）
	見合わせ	０円	３，３６６円

予防接種の種類	種別	自己負担額	公費負担額
帯状疱疹 生ワクチン	接種　自己負担あり	**４，５００円** （ワクチン代相当）	４，２５６円 （接種料相当） ※ワクチン代相当分の消費税を含む
	接種　自己負担なし	０円	８，７５６円 （ワクチン代及び接種料相当） ※ワクチン代相当分の消費税を含む
	見合わせ	０円	３，３６６円
帯状疱疹 組換えワクチン	接種　自己負担あり	**１１，０００円**	１０，９５６円 （接種料相当）
	接種　自己負担なし	０円	２１，９５６円 （ワクチン代及び接種料相当）
	見合わせ	０円	３，３６６円

16. 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
- 接種誤り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、接種の例、並びに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等へ速やかに連絡し、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

○気をつけていただきたい接種内容について

帯状疱疹ワクチンの使用ワクチンの誤り（交互接種）、過剰接種が大変多くなっています。予診票に記入された接種歴の内容や、診療録をよくご確認ください。

	間違い接種例	正しい接種方法
接種間隔	帯状疱疹（組換え）ワクチン１回目接種から医師が医学的知見に基づき早期の接種が必要と認め１か月後に接種予定としたが、４週間後に２回目を接種	『◎か月後の接種』とは、接種日から◎か月以降の同日※に接種をしてください （※同日が存在しない月は、その月の最終日に◎か月が経過したと考え、翌月の１日以降に接種可）
部位	帯状疱疹（生）ワクチンを筋肉内注射	帯状疱疹（生）ワクチンを皮下注射
年齢外	帯状疱疹対象年度の９月に65歳となる方に、7月64歳で帯状疱疹ワクチンと高齢者用肺炎球菌ワクチンを同時接種	高齢者用肺炎球菌ワクチンは65歳で接種
回数	帯状疱疹（生）ワクチン接種後に帯状疱疹（生）ワクチンを接種	帯状疱疹（生）ワクチンは１回接種で完了
	帯状疱疹（組換え）ワクチンを３回接種	帯状疱疹（組換え）ワクチンは２回接種で完了
交互接種	帯状疱疹（組換え）ワクチン１回目接種後、帯状疱疹（生）ワクチンを接種	同一ワクチンを使用し、接種を完了してください

○間違い接種が発生しやすい状況と対策について

状　況 ⇨	対　策
施設等で複数人へ異なる種類を含むワクチンを接種	被接種者への氏名・ワクチンの種類の口頭確認 トレイの準備は別々にする
接種歴を本人の予診票記入内容のみで確認	接種歴の有無について、予約受付時や当日にカルテや接種済証（異なる医療機関で接種した場合は予診票副票等を本人に持参させる）等により、ワクチンの種類と接種間隔の確認の徹底
接種作業の分業化による確認の省略 (受付で接種歴確認、看護師がワクチン準備、医師が接種)	事務・看護師・医師が複数人で確認 （ダブルチェック作業の徹底）
受診者数が多い時、慣れないスタッフが対応等	マニュアル化、情報共有及び研修を実施 確認のためのチェックリストの活用

【参考例】接種誤り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より一部抜粋）

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。
□ 予防接種の種類と回数を確認する。
□ 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。
□ 直前の予防接種実施日からの間隔を確認する。
□ 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。
□ 予防接種の種類と回数を確認する。
□ 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。
□ 直前の予防接種実施日からの間隔を確認する。
□ 接種前の検温を確認する。
□ 予診票の記入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。
□ 被接種者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入する。
□ 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、接種一定時間、被接種者の状態を観察する。

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（2025年4月改定版）」
https://www.mhlw.go.jp/content/10900000/001523756.pdf

様式１－１

高齢者用肺炎球菌ワクチン（PCV20）接種についての説明書

【接種対象者】

初めて高齢者用肺炎球菌ワクチンの接種を希望する方で、次の年齢に該当する方

① 65 歳の市民の方（66 歳の誕生日前日まで）

② 60 歳～64 歳の方のうち心臓・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

◆対象外となる方◆
・過去に、高齢者用肺炎球菌ワクチンの接種を受けたことがある方
（自費で接種された方・大阪市以外で接種された方も対象外となります）

【接種費用】6,000 円（令和 8 年 4 月 1 日改定）

※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、確認書類の提示により無料になります。

【接種回数及び量】1 回、0.5mL を筋肉内に注射します。

１　肺炎球菌感染症について

肺炎球菌感染症は、肺炎球菌という細菌によって引き起こされる病気です。この菌は、主に気道の分泌物に含まれ、咳やくしゃみなどを通じて飛沫感染します。日本人の約 5～10%の高齢者では鼻や喉の奥に菌が常在しています。これらの菌が増殖し、下気道や血流中へ侵入することで、気管支炎、肺炎、敗血症などの重い合併症を起こすことがあります。

肺炎には、発熱、悪寒、息切れ、たんを伴う咳、呼吸時の胸痛、倦怠感など、一般的な風邪よりも重い症状がみられます。2023 年、大阪市では 1,995 人が肺炎で亡くなっており、死因の第４位となっています。（大阪市人口動態より）

２　ワクチンについて

ワクチンの接種は本人の希望により行われ、個人の発病及び重症化予防を目的としています。肺炎球菌には約 100 種類の血清型があり、定期接種で使用される「沈降 20 価肺炎球菌結合型ワクチン（PCV20）」はそのうちの 20 種類の血清型が含まれるワクチンです。この 20 種類の血清型は 2024 年の国内研究では侵襲性肺炎球菌感染症（IPD）の原因の約５～６割を占めると報告されています。

また、沈降 20 価肺炎球菌結合型ワクチン（PCV20）は、血清型に依らない侵襲性肺炎球菌感染症（IPD）全体の３～４割程度を予防する効果があるという研究結果があります。

※侵襲性肺炎球菌感染症（IPD）とは、本来は菌が存在しない血液、髄液、関節液などから菌が検出される感染症のことをいいます。

３　ワクチンの副反応

主な副反応は注射した部位の痛み（疼痛・圧痛）（59.6%）、赤くなる（紅斑）・腫れる（腫脹）（1%以上）で、全身的な反応としては筋肉痛（38.2%）、疲労（30.3%）、頭痛（21.7%）、関節痛（11.6%）などがあります。また、重大な副反応として、頻度は不明ですが、ショック、アナフィラキシー（急性の強いアレルギー反応）、けいれん、血小板減少性紫斑病がみられることがあります。

４ 予防接種をうける前に

⑴ 一般的注意

気になることやわからないことがあれば、予防接種をう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。

⑵ 予防接種を受けることができない方

① 接種ワクチンの成分またはジフテリアトキソイドによってアナフィラキシー(急性の強いアレルギー反応）をおこしたことがある方
② 明らかに発熱している方（通常は 37.5℃を超える場合）
③ 重い急性疾患にかかっている方
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

⑶ 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 接種ワクチンの成分またはジフテリアトキソイドに対してアレルギーをおこすおそれがある方
⑥ 血小板減少症、または凝固障がいのある方、抗凝固療法を施行している方

⑷ 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が悪くなったときなどは医師にご相談ください。
④ 違う種類のワクチンと同時接種を希望する場合は、医師にご相談ください。
⑤ 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。
⑥ 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４月

様式１－２

帯状疱疹ワクチン接種についての説明書

【令和８年度の接種対象者】　⚠助成の対象となるのは今年度のみです。

① 令和８年度中に次の年齢となる市民の方

65 歳	昭和 36 年４月２日生～昭和 37 年４月１日生	70 歳	昭和 31 年４月２日生～昭和 32 年４月１日生
75 歳	昭和 26 年４月２日生～昭和 27 年４月１日生	80 歳	昭和 21 年４月２日生～昭和 22 年４月１日生
85 歳	昭和 16 年４月２日生～昭和 17 年４月１日生	90 歳	昭和 11 年４月２日生～昭和 12 年４月１日生
95 歳	昭和６年４月２日生～昭和７年４月１日生	100 歳	大正 15 年４月２日生～昭和２年４月１日生

② 60～64 歳の方のうち、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がいのある方（身体障がい者手帳１級相当）

◆対象外となる方◆
①もしくは②に該当する方で自費での接種も含め、過去に生ワクチンを１回又は組換えワクチンを２回接種した方
（過去に組換えワクチンを１回受けた方は、残りの１回分のみ助成の対象となります）

【実施期間】

令和８年４月１日より令和９年３月 31 日まで

【接種（助成）回数、接種費用及び接種方法】

現在、帯状疱疹の予防として使用されるワクチンは次の２種類あり、どちらかのワクチンを接種します。

	生ワクチン(※1) 乾燥弱毒生水痘ワクチン「ビケン」	組換えワクチン シングリックス筋注用
接種（助成）回数	**１回**	**２回**(※2)
接種費用(※3) （対象者の自己負担）	**１回　4,500 円**	**１回　11,000 円** ＊2 回接種で 22,000 円
接種方法	0.5mL/回を皮下注射	0.5mL/回を筋肉内注射

(※1)免疫不全と診断されている方および免疫抑制をきたす治療を受けている方は、生ワクチンの接種を受けることができません。

(※2)組換えワクチンは、２か月以上あけて２回目を接種します（標準的には２か月の間隔をおいて２回目を接種するが、２か月を超えた場合であっても１回目の接種から６か月までに２回目を接種することが望ましい）。ただし、医師が医学的知見に基づき早期の接種が必要と認めるものについては、接種間隔を１か月まで短縮できます。２回目を実施期間内（令和９年３月 31 日）までに接種しなければ、助成の対象となりません。

(※3)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。

１　帯状疱疹について

水痘・帯状疱疹ウイルスに初めて感染すると水痘（水ぼうそう）を発症し、治った後もウイルスが神経に潜伏します。その後加齢や免疫低下によりウイルスが再活性化し、水ぶくれを伴う赤い発疹やピリピリとした痛みが、身体の片側に帯状に現れる病気です。80 歳までに約３人に１人が発症するといわれています。

合併症の一つに皮膚の症状が治った後にも痛みが残る「帯状疱疹後神経痛」があり、日常生活に支障をきたすこともあります。

２　ワクチンについて

２種類のいずれのワクチンも帯状疱疹の発症やその合併症に対する予防効果が認められています。

	生ワクチン	組換えワクチン
発症予防効果	接種後１年時点：６割程度 接種後５年時点：４割程度	接種後１年時点：９割以上 接種後５年時点：９割程度 接種後 10 年時点：７割程度

出典：第 21 回厚生科学審議会予防接種・ワクチン分科会予防接種基本方針部会ワクチン評価に関する小委員会資料より抜粋

３　ワクチンの副反応

ワクチンを接種後に次のような副反応がみられることがあります。また、頻度は不明ですが、生ワクチンについては、アナフィラキシー（急性の強いアレルギー反応）、血小板減少性紫斑病、無菌性髄膜炎が、組換えワクチンについては、ショック、アナフィラキシー、ギラン・バレー症候群がみられることがあります。

主な副反応の発現割合	生ワクチン	組換えワクチン
70%以上	―	注射部位の痛み
30%以上	注射部位の赤み	注射部位の赤み、筋肉痛、疲労
10%以上	注射部位のかゆみ・熱感・腫れ・痛み・しこり	頭痛、注射部位の腫れ、胃腸症状、寒気、発熱
１%以上	発疹、倦怠感	注射部位のかゆみ、倦怠感、痛み

出典：各ワクチンの添付文書

４　予防接種をうける前に

(1) 一般的注意

気になることやわからないことがあれば、予防接種をう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 接種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 【生ワクチン接種希望の方】免疫不全と診断されている方及び免疫抑制をきたす治療を受けている方
⑤ 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 接種ワクチン成分に対してアレルギーをおこすおそれがある方
④ 過去にけいれん（ひきつけ）をおこしたことがある方
⑤ 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
⑥ 【生ワクチン接種希望の方】輸血やガンマグロブリンの注射を受けた方
※治療後３か月以上、大量ガンマグロブリン療法を受けた方は治療後６か月以上置いて接種してください。
⑦ 【組換えワクチン接種希望の方】血小板減少症または凝固障がいのある方、抗凝固療法を施行している方

(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３月

様式２－１

高齢者用肺炎球菌　　６５歳の方等

ワクチン名・ロット番号

使用するワクチンの種類が、令和８年４月１日から
「ファイザー社のプレベナー20」に変更となっています。
また、接種方法は、筋肉内注射のみです。
※令和８年４月１日以降に、ＭＳＤ社のニューモバックスを接種した場合、定期接種の対象とはなりません。

「皮下」文言削除

年　月　日
0.5ml
筋肉内
接種部位（左・右）上腕部

高齢者用肺炎球菌予防接種　　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	「23価ポリサッカライド」の文言削除	歳）

質　問　事　項	回答欄		医師の確認欄
1. これまでに高齢者用肺炎球菌ワクチンの予防接種を受けたことがありますか。 （過去に高齢者用肺炎球菌ワクチンの接種歴がある方は接種できません。）	**はい**	いいえ	
2. 今日受ける高齢者用肺炎球菌予防接種についての説明書を読みましたか。	はい	**いいえ**	
3. 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**	
4. 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	
5. 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	
6. 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**	
7. 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**	
8. 免疫不全と診断されたことがありますか。	**はい**	いいえ	
9. 薬や食品で皮ふに発疹やじんましんがでたり、身体のぐあいが悪くなったことがありますか	**はい**	いいえ	
10. 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	
11. これまでに受けた予防接種で、身体のぐあいが悪くなったことがありますか。 受けた予防接種の種類（　　） それはどんな状態ですか。（　　）	**はい**	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。

「皮下」文言削除

※ 体温測定　　度　　分

医師署名
又は
記名押印

※ 使用ワクチン名　　**※ 接種方法（筋肉内注射）**　　**※ 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**

高齢者用肺炎球菌予防接種希望書（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、高齢者用肺炎球菌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。

令和8年4月改定

高齢者用肺炎球菌ワクチン変更に伴う予診票の取り扱いについて

使用ワクチンが変更され、接種方法が筋肉内注射のみとなるなど従来と一部取り扱いが異なりますが、予診票について、当面の間は、お手元にある様式を引き続きご使用ください。接種の際は、お手数ですが、予診票の記載内容を次のとおりご訂正のうえご使用いただきますようお願いいたします。

予診票（現行様式）

「65歳」と読み替えてください。

高齢者用肺炎球菌　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。）
◎　「高齢者用肺炎球菌予防接種についての説明書」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

0.5ml
皮下または筋肉内
接種部位（左・右）上腕部

高齢者用肺炎球菌予防接種　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）		

年　月　日

0.5ml
皮下または筋肉内

質　問　事　項	回答欄		医師の確認欄
1. これまでに高齢者用肺炎球菌ワクチンの予防接種を受けたことがありますか。 （過去に23価肺炎球菌ワクチン（ポリサッカライド）の接種歴がある方は接種できません。）	はい	いいえ	
2. 今日受ける高齢者用肺炎球菌予防接種についての説明書を			
3. 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			
4.			
10. 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	
11. これまでに受けた予防接種で、身体のぐあいが悪くなったことがありますか。 受けた予防接種の種類（　　） それはどんな状態ですか。（	はい	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			
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（			

「23価」および「ポリサッカライド」を取り消し線で消してください。
※ワクチンが変更となったため

「皮下または」を取り消し線で消してください。
※変更後のワクチンは筋肉内注射のみのため

「皮下注射」を取り消し線で消してください。
※変更後のワクチンは筋肉内注射のみのため

※〔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
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
説明をしました。

又は
記名押印

※ 使用ワクチン名	※ 接種方法（皮下注射・筋肉内注射）	※ 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

高齢者用肺炎球菌予防接種希望書（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、高齢者用肺炎球菌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。

様式２－２

帯状疱疹　６５歳以上の方等

ワクチン名・ロット番号

◎ 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
1回目・2回目(組換えワクチンのみ)
0.5ml　皮下・筋肉内
接種部位(左・右)上腕部

帯状疱疹予防接種　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. 帯状疱疹ワクチンの予防接種を受けたことがありますか。	**はい**	いいえ	
（今回の接種が2回目以降の場合）前回の接種年月日を記載してください。	年　月　日		
前回のワクチンの種類は①シングリックス（組換え[不活化]ワクチン）、②乾燥弱毒生水痘ワクチン「ビケン」（生ワクチン）、③その他 のうち、いずれか1つを○で囲んでください。	①／②／③		
（注）過去に帯状疱疹の生ワクチン1回、組換えワクチン2回の接種歴がある方は接種できません。			
2. 今日受ける帯状疱疹予防接種についての説明書を読みましたか。	はい	**いいえ**	
3. 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**	
4. 今日、身体に具合の悪いところがありますか。	**はい**	いいえ	
どんな状態ですか（　　）			
5. 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。	**はい**	いいえ	
病名（　　）時期（　　頃）			
6. 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	**いいえ**	
7. 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。	**はい**	いいえ	
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	**いいえ**	
8. 免疫不全と診断されたこと、現在、ステロイド剤や免疫抑制剤など特別な薬の投与を受けている等がありますか。	**はい**	いいえ	
9. 6か月以内に輸血あるいはガンマグロブリンの注射を受けましたか。	**はい**	いいえ	
10. 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	
11. 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	
12. これまでに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	
受けた予防接種の種類（　　）どんな状態ですか（　　）			
13. 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	
14. その他、今日の予防接種について何か質問がありますか。	**はい**	いいえ	
具体的に（　　）			

※〔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・接種回数・接種部位	※ 実施場所・接種医師名・接種年月日
ワクチン名	皮下注射・筋肉内注射　0.5ml	実施場所
Lot No.	1回目・2回目(組換えワクチンのみ)	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

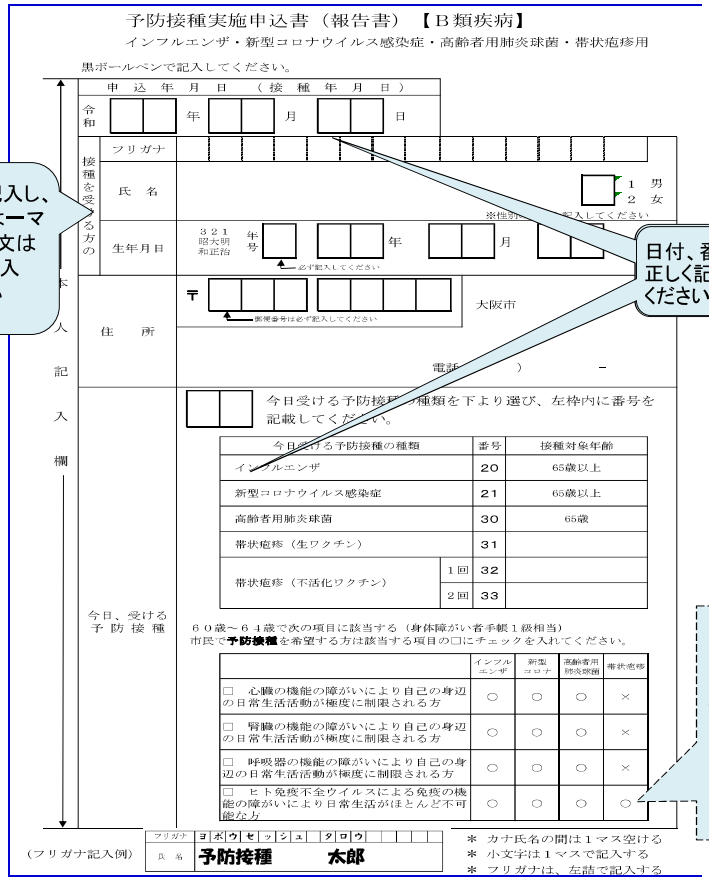
帯状疱疹予防接種希望書（医師の診察の結果、接種が可能と判断された後に記入してください。）

医師の診察・説明を受け、帯状疱疹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

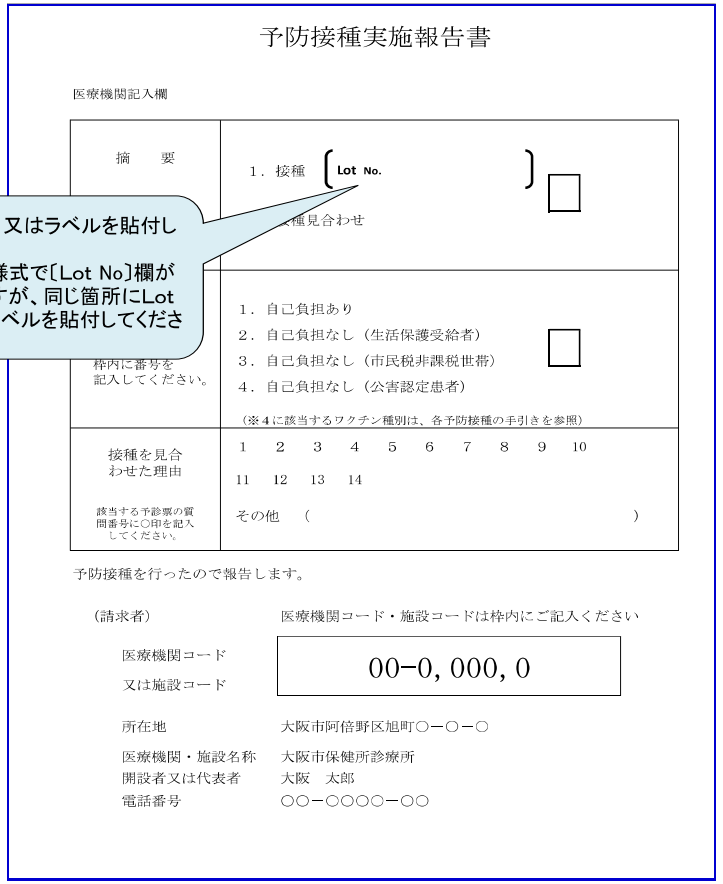

予防接種実施申込書 （報告書） 【Ｂ類疾病】
インフルエンザ・新型コロナウイルス感染症・高齢者用肺炎球菌・帯状疱疹用
黒ボールペンで記入してください。
申 込 年 月 日 （ 接 種 年 月 日 ）
令和 年 月 日
フリガナ
氏 名
1 男 2 女
※性別を記入してください
生年月日
3 2 1 昭和 明和 正治 年号 年 月
必ず記入してください
住 所
〒
医療番号は必ず記入してください
大阪市
電話 ） －
今日受ける予防接種の種類を下より選び、左枠内に番号を記載してください。
今日受ける予防接種の種類 / 番号 / 接種対象年齢
インフルエンザ 20 65歳以上
新型コロナウイルス感染症 21 65歳以上
高齢者用肺炎球菌 30 65歳
帯状疱疹（生ワクチン） 31
帯状疱疹（不活化ワクチン） 1回 32
2回 33
今日、受ける予防接種
60～64歳で次の項目に該当する（身体障がい者手帳１級相当）
市民で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。
インフルエンザ / 新型コロナ / 高齢者用肺炎球菌 / 帯状疱疹
□ 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方 ○ ○ ○ ×
□ 腎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方 ○ ○ ○ ×
□ 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

左詰めで記入し、氏名の間はーマス空け、小文はー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。

Lot No.を記入、又はラベルを貼付してください。
過去に作成した様式で〔Lot No〕欄が無い場合もありますが、同じ箇所にLot No.を記入、又はラベルを貼付してくださ

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。


予防接種実施報告書
医療機関記入欄
摘 要
1．接種 〔Lot No. 〕
種見合わせ
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）
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 14
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 00−0, 000, 0
所在地 大阪市阿倍野区旭町○−○−○
医療機関・施設名称 大阪市保健所診療所
開設者又は代表者 大阪 太郎
電話番号 ○○−○○○○−○○

●「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。

●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）

様式３

様式４

（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

様式４

（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）

様式５

大阪市ホームページの「大阪市委託医療機関向け予防接種情報」には、自動計算に対応したExcel版の「個別予防接種請求書」を掲載しています。必要に応じてダウンロードのうえ、ご利用ください。

予防接種の接種日が**令和８年４月１日以降**の請求様式

令和　　年　　月分　　個別予防接種請求書

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

（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

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　　－　　－

様式４

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			

様式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

〒

様

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）		
	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					教育扶助	住宅扶助	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	

資料３

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

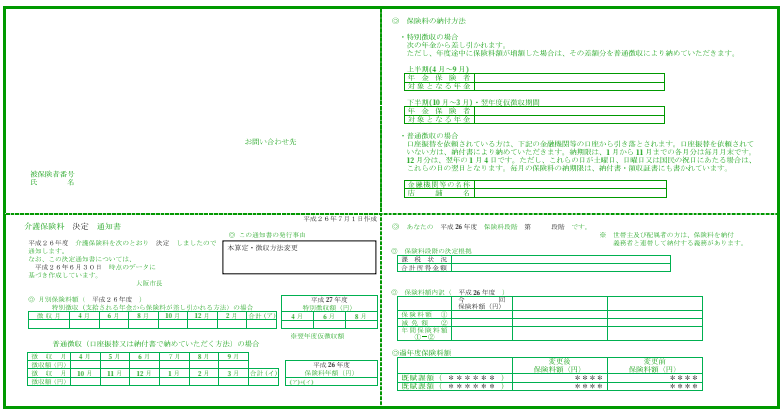
有効期間	から まで有効
番号	
世帯主 フリガナ 氏名	
生年月日	
住所	
発行者 名称	
所在地 電話番号	
交付年月日	

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「令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	から
有効期限	まで
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 ユニット型個室的多床室　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

印 介護 試験 10

大阪市

住所

電話　FAX

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。

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
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 NNNNNNNNN　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。

（被保険者用）

資料８－１

令和８年７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８－２

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

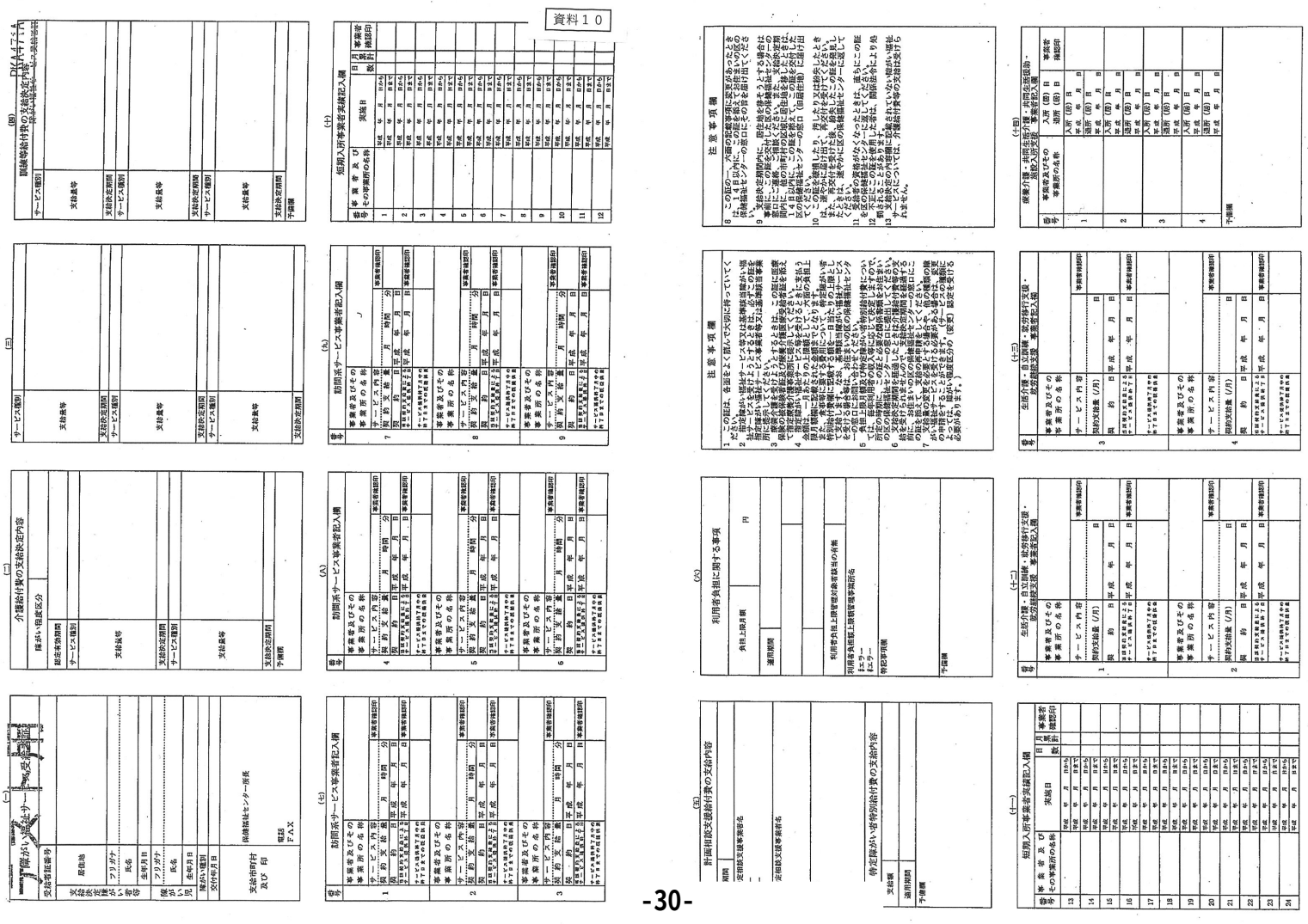
確認欄
本人確認書類 ・運転免許証・身体障がい者手帳 ・保険証　・個人番号カード ・その他 （　　）

※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１０



資料１０

テスト用

自立支援医療受給者証（更生医療）

PJA002A

| | | |

資料 13

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 14

後期高齢者医療資格確認書

有効期限 令和　８年　７月３１日
交付年月日 令和〇〇年〇〇月〇〇日

被保険者番号		〇〇〇〇〇〇〇〇
被保険者	住所	△△市△△町△△丁目△番△号
	氏名	広域　太郎
	生年月日	昭和〇〇年〇〇月〇〇日
資格取得年月日		□□〇〇年〇〇月〇〇日
負担割合 発効期日		〇割 □□〇〇年〇〇月〇〇日
限度区分 発効期日		〇〇〇 □□〇〇年〇〇月〇〇日
長期入院 該当日		□□〇〇年〇〇月〇〇日
特定疾病区分 発効期日		〇〇〇 □□〇〇年〇〇月〇〇日
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 15

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	