

大阪市高齢者用肺炎球菌及び 带状疱疹予防接種実施の手引き

大阪市健康局

大阪市保健所

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「带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



带状疱疹ワクチン
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>

- 带状疱疹ワクチン予防接種に係る各種事項について、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。

〇〇〇〇(株) (電話番号: 〇〇-〇〇〇〇-〇〇〇〇)

※委託事業者については、決定後、お知らせします。

(令和7年3月 17 日時点)

<目次>

大阪市高齢者用肺炎球菌及び带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	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	7
12. 他の予防接種との関係	7
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	7
14. 接種委託料の請求	8
15. 接種委託料の支払い	8
16. その他	9
様式1 各予防接種の説明書	10
様式2 各予防接種予診票	14
様式3 予防接種実施申込書(報告書)【B 類疾病】	16
様式4 予防接種後副反応疑い報告書	17
様式5 個別予防接種請求書	20
様式6 予防接種実施医療機関等変更届	22
確認資料(資料1～資料14)	22

令和7年度大阪市高齢者用肺炎球菌及び带状疱疹予防接種実施の手引き

◆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(資料 8・11 の B 類疾病は共通様式となりました)。
- 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しません。
- 既に高齢者用肺炎球菌ワクチン「ニューモバックス NP(23 価肺炎球菌英膜ポリサッカライドワクチン)」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)。
- 带状疱疹ワクチンについて、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)。

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

- 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。
 - 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の日常生活活動が極度に制限される程度の障がい
 - ②腎臓の機能に自己の身の日常生活活動が極度に制限される程度の障がい
 - ③呼吸器の機能に自己の身の日常生活活動が極度に制限される程度の障がい
 - 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
- ※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「ニューモバックス NP(23 価肺炎球菌英膜ポリサッカライドワクチン)」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)

● 带状疱疹

- 令和7年度に、次の年齢にある市民で带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 35 年 4 月 2 日生～昭和 36 年 4 月 1 日生	70 歳	昭和 30 年 4 月 2 日生～昭和 31 年 4 月 1 日生
75 歳	昭和 25 年 4 月 2 日生～昭和 26 年 4 月 1 日生	80 歳	昭和 20 年 4 月 2 日生～昭和 21 年 4 月 1 日生
85 歳	昭和 15 年 4 月 2 日生～昭和 16 年 4 月 1 日生	90 歳	昭和 10 年 4 月 2 日生～昭和 11 年 4 月 1 日生
95 歳	昭和 5 年 4 月 2 日生～昭和 6 年 4 月 1 日生	100 歳以上	大正 15 年 4 月 1 日以前に生まれた方

※100歳以上の方については、令和7年度に限り全員を対象とします。

(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持つ者(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(不活化)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)

※带状疱疹予防接種の実施について、対象となった方へ令和7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

令和7年4月1日より令和8年3月31日まで

- 接種回数

- 高齢者用肺炎球菌

1回接種

- 带状疱疹

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。

※带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「ピケン」	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回目の接種についても実施期間内(令和8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)。

(※3)少なくとも1回目の接種を令和8年1月31日までに接種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4,300円を徴収してください(ワクチン代相当額)。

- 带状疱疹

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「ピケン」	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

※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

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。

	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
	・後期高齢者医療限度額適用・標準負担額減額認定証(資料14) ※75歳以上の方のみ ※オンライン資格確認等システム「限度額適用認定証」項目適用区分:低所得者Ⅱ、低所得者Ⅰ - 証区分:限度額適用・標準負担額減額認定証	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。

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(23価肺炎球菌莢膜ポリサッカライド)を1回0.5mL、皮下または筋肉内に注射。

● 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

「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【B類疾病】※」(様式3)に必要事項を記入させてください。

※旧様式の予防接種実施申込書も使用可。

ただし、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載してください。

(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。

※高齢者用肺炎球菌及び带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」と答えた方で、「ニューモバックス NP(23 価肺炎球菌荚膜ポリサッカライドワクチン)」の接種を受けたことがある方は定期接種の対象外です。(過去5年以内に、「ニューモバックス NP(23 価肺炎球菌荚膜ポリサッカライドワクチン)」を接種されたことのある方が、再度接種された場合、注射部位の疼痛、紅斑、硬結等の副反応が、初回接種よりも頻度が高く、程度が強く発現するとの報告がありますので、接種歴の確認をお願いします。)

※ なお、「プレバナー13(沈降13価肺炎球菌結合型ワクチン)」は平成26年6月20日付けで、65歳以上の者に対する肺炎球菌による感染症の予防の効能・効果が承認されましたが、定期接種に使用することは認められておりません。また、「プレバナー13(沈降13価肺炎球菌結合型ワクチン)」の接種を受けたことがある場合でも、「ニューモバックス NP(23 価肺炎球菌荚膜ポリサッカライドワクチン)」の接種を受けたことがなければ定期接種の対象となります。

● 带状疱疹

※ 予診票の質問事項1「带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、「過去に带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。

※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、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当日中に使用する。
- 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くときは、開く部分を事前にアルコールで消毒する。
- ⑥ 高齢者用肺炎球菌予防接種は、原則として上腕伸側に皮下接種又は筋肉内注射により行う。
- ⑦ 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。
- ⑧ 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。
- ⑨ 接種前に接種部位をアルコールで消毒する。
- ⑩ 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。
- ⑪ 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。
 - 針長は筋肉内接種に足る長さで、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。
- ⑫ 同一部位に反復して接種することは避ける。
- ⑬ 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・接種場所等記載のうえ、被接種者に交付してください。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いたします。

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書」(様式4)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」(様式4)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にて送付してください。また、ウェブサイトからの提出も可能ですので、記載誤り等防止の観点からも電子報告をご利用ください。

※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)

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、インフルエンザワクチンや新型コロナワクチン、高齢者肺炎球菌ワクチン、带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、带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、带状疱疹にあつては、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合者であるということの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受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への接種機会のお知らせ」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ありません。

送付先

〒545-0051

大阪市阿倍野区旭町1-2-7-1000 あべのメディックス10階

大阪市保健所 感染症対策課(感染症グループ)

なお、「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、漏れなく記入してください。

記載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。〇〇(株) (電話番号:〇〇-〇〇〇〇-〇〇〇〇)

※委託事業者については、決定後、お知らせします。

「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

・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

既に「ニューモバックス NP(23 価肺炎球菌莢膜ポリサッカライドワクチン)」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)

➤ 带状疱疹ワクチン

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)。

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」(様式6)をご提出ください。

	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	4,300円 (ワクチン代相当)	4,131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	8,431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	3,421円
带状疱疹 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
带状疱疹 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、医療機関コード、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」をご提出ください。
- (4) 本手引きについては、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」にも掲載しておりますので、必要に応じてご参照ください。
(ホームページアドレス)<https://www.city.osaka.lg.jp/kenko/page/0000480887.html>

高齢者用肺炎球菌予防接種についての説明書

【令和 7 年度等の接種対象者】

初めて高齢者用肺炎球菌ワクチン(23 価肺炎球菌莢膜ポリサッカライド)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(23 価肺炎球菌莢膜ポリサッカライド)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】4,300 円

※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 を皮下または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、唾液などを通じて飛沫感染します。日本人の約 3～5%の高齢者では鼻や喉の奥に菌が常在しているとされます。これらの菌が何らかのきっかけで、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。2022 年、大阪市では 2,004 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 ワクチンの目的と効果について

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防止を目的としています。肺炎球菌には 90 種類以上の血清型があり、「23 価肺炎球菌莢膜ポリサッカライドワクチン」はそのうちの 23 種類の血清型に効果があります。この 23 種類の血清型は成人の重症の肺炎球菌感染症の原因の約 64%を占めるという研究結果があります。

健康な人では、少なくとも 5 年間はワクチンの効果が持続すると言われています。再接種を行う場合、過去 5 年以内に接種を受けたことがある方は、注射部位の疼痛、紅斑、硬結等の副反応が、初回接種よりも頻度が高く、程度が強くと発現することから、必要性を慎重に考慮した上で前回接種から十分な間隔をあけて接種することが必要です。

3 ワクチンの副反応

主な副反応は接種後に接種部位の赤み(発赤)、はれ(腫脹)、痛み(疼痛)、熱感が接種者の 5%以上に起こり、全身反応としては、発熱、寒気(悪寒)、だるさ(倦怠感)、違和感などが接種者の 1～5%未満に起こりますが、いずれも通常 2～3 日でなくなります。

その他、まれに接種後 30 分以内に出現するワクチンに対してのアレルギー反応である、発疹、じんましん、赤み(発赤)、かゆみ(掻痒感)、呼吸困難等のアナフィラキシー様症状や血小板減少、ギラン・バレー症候群、蜂巣炎様反応等が見られることがあります。

4 予防接種をうける前に

(1) 一般的注意

気にかか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 肺炎球菌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 既に「ニューモバックス NP（23 価肺炎球菌莢膜ポリサッカライドワクチン）」を接種したことがある方
- 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 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 肺炎球菌予防接種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 特にワクチン接種後24時間は健康状態の変化に注意しましょう。接種を受けた後に、急な副反応が起こることがありますので接種後30分間はそこで様子を見るようにし、30分たってから医療機関を出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 接種部位は清潔に保ちましょう。入浴は問題ありませんが、接種部位をこすことはやめましょう。
- ⑥ 接種当日は激しい運動はさけてください。その他はいつも通りの生活で結構です。

5 副反応が起こった場合

予防接種後、まれに副反応が起こることがあります。予防接種と同時に、ほかの病気がたまたま重なって現れることもあります。予防接種を受けた後、接種した部位が痛みや熱をもってひどく腫れたり、体調変化が現れた場合は、速やかに接種した医師（医療機関）の診察を受けてください。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、生活に支障が出るような障がいを残すなどの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、予防接種と健康被害との因果関係が認定された場合に補償を受けることができます。

带状疱疹ワクチン予防接種についての説明書

【令和7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7年度中に次の年齢となる市民の方

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

※100歳以上の方については、令和7年度に限り全員を対象とします。

② 60歳～64歳の方のうち、ヒト免疫不全ウイルス(HIV)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有する方(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(不活化)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7年4月1日より令和8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、带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「ピケン」	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)
接種費用(※3) (対象者の自己負担)	4,500円/回	11,000円/回
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8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 带状疱疹について

水痘带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、身体の片側に带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「带状疱疹後神経痛(PHN)」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带状疱疹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
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、寒気、発熱、胃腸症状
1%以上	発疹、倦怠感	注射部位のかゆみ、倦怠感、その他の痛み

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。

高齢者用肺炎球菌 65歳の方等

◎ 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〔 〕

ワクチン名・ロット番号

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)

質 問 事 項	回答欄		医師の確認欄
	はい	いいえ	
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	
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。

※ 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(皮下注射・筋肉内注射)	※ 実施場所
※ Lot No.		※ 接種年月日
※ 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。

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	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. 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。 (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。 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「ピケン」(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。 (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。	はい	いいえ	年 月 日 ① / ② / ③
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。 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、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。 受けた予防接種の種類() どのような状態ですか()	はい	いいえ	
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。 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 Lot No. 最終有効年月日	皮下注射・筋肉内注射 0.5ml 1回目・2回目(組換えワクチンのみ) 接種部位(左・右)上腕部	実施場所 接種医師名 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

[illegible]

様式3

- 「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、記入例と同じ箇所到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）

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・バレー症候群、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 ☒ 2 重くない ☐	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									
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										

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

手引き作成時点 (令和7年3月)
では、**帯状疱疹**が記載された様式は
ございません。
帯状疱疹について、ご報告いた
だく際は、最新様式を下記よりダウン
ロードしてください。
厚生労働省ホームページ>政策につ
いて>分野別の政策一覧>健康・医療
>健康>感染症・予防接種情報>予防接
種情報>報告様式>「副反応疑い報
告書」
[https://www.mhlw.go.jp/bunya/
kenkou/kekkaku-kansenshou20/
hukuhannou_houkoku/index.html](https://www.mhlw.go.jp/bunya/kenkou/kekkaku-kansenshou20/hukuhannou_houkoku/index.html)

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

予防接種の接種日が令和7年4月1日以降の請求様式

様式5

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
98	BCG		11,781円	件		円	4,191円	件	円
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					
60	ヒブワクチン	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					
64	小児用肺炎球菌 ワクチン	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					
88	B型肝炎ワクチン	1回目	8,129円	件	件	円	5,199円	件	円
89		2回目		件					
90		3回目		件					
44	5種混合 DPT-IPV-Hib ワクチン	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					
75	4種混合 DPT-IPV ワクチン	1期初回1回目	11,033円	件	件	円	3,498円	件	円
76		1期初回2回目		件					
77		1期初回3回目		件					
78		1期追加		件					
09	DT	2期	5,126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

以下のとおり請求します。

(提出先) 大阪市長

(請求者)

令和 年 月 日

医療機関番号

(注意)

施設番号

・枠内にはっきりご記入ください。

郵便番号 〒

・予防接種申込書(報告書)を添付してください

所在地

医療機関・施設名称

開設者又は代表者

電話番号 〒

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	79	水痘ワクチン	1 回目	10,901円	件	件	円	5,676円	件	円
	80		2 回目		件					
	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					
	68	子宮頸がん予防 ワクチン 2 価、4 価	1 回目	17,006円	件	件	円	2,218円	件	円
	69		2 回目		件					
	70		3 回目		件					
	81	子宮頸がん予防 ワクチン 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					
	01	3 種混合 DPT ワクチン	1 期初回 1 回目	5,587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			
	30	高齢者用肺炎球菌	自己負担あり	4,131円	件		円	3,421円	件	円
	30		自己負担なし	8,431円	件		円			
	31	带状疱疹 (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	带状疱疹 (組換えワクチン) 自己負担あり	1 回目	10,956円	件		円	3,366円	件	円
	33		2 回目	10,956円	件		円			
	32	带状疱疹 (組換えワクチン) 自己負担なし	1 回目	21,956円	件		円	3,366円	件	円
	33		2 回目	21,956円	件		円			

予防接種実施医療機関等変更届

様式 6

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				銀行コード			
		銀行				銀行			
		支店コード				支店コード			
		支店				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○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		百日せき・ジフテリア・破傷風・急性灰白髄炎（ポリオ）混合
	ジフテリア・百日せき・破傷風混合		高齢者用肺炎球菌（高齢者）
	風しん		水痘
	麻しん		B型肝炎（小児）
	ジフテリア・破傷風混合		ロタリックス
	麻しん風しん混合		ロタテック
	インフルエンザ（高齢者）		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
	小児用肺炎球菌		带状疱疹（生ワクチン）（高齢者）
	ヒブ		带状疱疹（組換えワクチン）（高齢者）
	子宮頸がん予防		風しん第5期（麻しん風しん混合・風しん）
	急性灰白髄炎（ポリオ）		

※ 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 〕

令和 第 年 月 日 号

令和 年 月 日

大阪市 保健福祉センター所長

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。

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)			
(A)	(B)	円	円	円	円			収入充当額 円	手 持 金 円	合 計 円	
生 活 扶 助							教育扶助				
内訳	ア基準額	イ加算額	ロ介護保険料加算	ニ冬 季 加 算	ホ期末一時扶助 (12月ののみ)	住宅扶助		月 ～ 月	調 整 額	上 積 額	合 計
(A)	円	円	円	円		円		円	円	円	円

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 } 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 時に
お支払いします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には通達を受けた日の翌日から起算して7か月以内に大阪府専事に申し立て請求ができます。審査請求に対する裁決を最終の裁決に限り、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（訴訟により大阪府を被告とするは大阪市長）。ただしその限りで当該処分を裁決を経てない場合は裁決の訴えを提起できません。①審査請求（行政不服審査法32条により不備の補正を求めた場合は不備を補正）した日の翌日から起算して5日（5日以内に同法32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上の続行による著しい損害を避けるため緊急の必要があるとき③その他裁決をしないことに正当な理由があるとき

資料 3

生活保護法 医療券・調剤券 (年 月分)

[illegible]

資料 3

テスト用

指定医療機関

大阪市北区保健福祉センター所長



公費負担者番号

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	本文 人 額	社会保険 第1 適用 他 法	後保 第2 訪 診	問 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

0 1 M 0 0 0 0 0 0 1

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」

お問い合わせ先 被保険者番号 氏 名	◎ 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、年度途中で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																																																																		
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 <table><thead><tr><th>徴収月</th><th>4月</th><th>6月</th><th>8月</th><th>10月</th><th>12月</th><th>2月</th><th>合計(ア)</th></tr></thead><tbody><tr><td>平成27年度 特別徴収額 (円)</td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr></tbody></table> ※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 <table><thead><tr><th>徴収月</th><th>4月</th><th>5月</th><th>6月</th><th>7月</th><th>8月</th><th>9月</th></tr></thead><tbody><tr><td>徴収額 (円)</td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr><tr><th>徴収月</th><th>10月</th><th>11月</th><th>12月</th><th>1月</th><th>2月</th><th>3月</th><th>合計(イ)</th></tr><tr><td>徴収額 (円)</td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr></tbody></table> ◎ 保険料額内訳 (平成26年度) <table><thead><tr><th>今 年度 保険料額 (円)</th><th></th><th></th></tr></thead><tbody><tr><td>保険料額 ①</td><td></td><td></td></tr><tr><td>減免額 ②</td><td></td><td></td></tr><tr><td>年間保険料額 ①-②</td><td></td><td></td></tr></tbody></table> ◎ 過年度保険料額 <table><thead><tr><th></th><th>変更後 保険料額 (円)</th><th>変更前 保険料額 (円)</th></tr></thead><tbody><tr><td>既賦課額 (*****)</td><td>*****</td><td>*****</td></tr><tr><td>既賦課額 (*****)</td><td>*****</td><td>*****</td></tr></tbody></table>	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)								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)								今 年度 保険料額 (円)			保険料額 ①			減免額 ②			年間保険料額 ①-②				変更後 保険料額 (円)	変更前 保険料額 (円)	既賦課額 (*****)	*****	*****	既賦課額 (*****)	*****	*****
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)																																																																			
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)																																																																			
今 年度 保険料額 (円)																																																																			
保険料額 ①																																																																			
減免額 ②																																																																			
年間保険料額 ①-②																																																																			
	変更後 保険料額 (円)	変更前 保険料額 (円)																																																																	
既賦課額 (*****)	*****	*****																																																																	
既賦課額 (*****)	*****	*****																																																																	

介護保険負担限度額認定証	
交付年月日	
姓 名	
住所	
氏 名	
生年月日	
適用年月日	
有効期限	
介護の負担限度額	
居住費又は滞在費の負担限度額	
ユニタリ型個室 ユニタリ型個室の多床室 従来型個室（特養等） 従来型個室（老健・療養等） 多床室	
271007	
大 阪 市	
大阪市	
住所	
電話	
FAX	
	

注 意 事 項

- 1 この証に於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、指定介護保健施設サービス、短期入所療養介護及び介護予防短期入所療養介護（この証の裏面に於いて「老健・療養等」という。）を利用する場合には、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出していただくこと。
- 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書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へ返してください。また、転出の届を出する際には、この証を返してください。
- 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、この証を返して、お住まいの区の介護保険の窓口にて旨を届けてください。
- 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罰の処分を受けます。

N-NNNN
N----- (2 5) -----NNN
N----- (2 5) -----NNN
N----- (2 5) -----NNN
N----- (2 5) -----NNN
N----- (2 5) -----NNN

お問い合わせ先

NNN-NNNN
 NNN--- (15) --NNN
 NNN--- (15) --NNN
 NNN--- (15) --NNN
 NNN--- (15) --NNN
 電話 XXXXXXXXXXXXXXXX
 FAX XXXXXXXXXXXXXXXX

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
NNNNNNNXXXXXXXXN

$$\begin{array}{ccccccc} \text{NNN} & \text{-----} & (26) & \text{-----} & \text{NNN} \\ \text{NNN} & \text{-----} & (26) & \text{-----} & \text{NNN} \end{array}$$

大阪市長

NNZ9年Z9月Z9日 付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	999999999999											
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											
	所 在 地	〒.NNN-NNNN NNNNNNNNNNNNNNNN NNNNNNNNNNNN										事業所番号 9999999999999999 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、月途中の退会(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、食費など日常生活費、薬価料などは除きます。
上限額を超えた保険給付による介護サービス承認は、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、その翌月以降の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出て下さい。
- 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。
(特保険者用)

令和8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7年10月1日から令和8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7年10月1日から令和8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

【閱覽項目】

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		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。

[illegible]

サービスマン種別	()											
受給資格												
受給対象期間 サービスマン種別												
受給資格												
受給対象期間 サービスマン種別												
受給資格												
受給対象期間 サービスマン種別												

[illegible][illegible]

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。

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 族 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

- 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。
- 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。
- 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。
- 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。
- 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