

**令和 8 年度平塚市高齢者用インフルエンザ及び
新型コロナウイルス感染症予防接種実施要項**
(必ずお読みください。不明な点は健康課にお問い合わせください。)

・ 実施概要	2
・ 60 歳以上 65 歳未満で対象者となる定義	4
・ 予診票の取扱い	6
・ 負担金免除者確認書類	9
・ 副反応疑い報告・健康被害発生時の対応	13
・ 委託料の請求方法等	16

注意事項

- 接種期間は
令和 8 年 10 月 1 日（木）から令和 9 年 1 月 31 日（日）までです。
- 接種対象者は接種日時点で平塚市に住民票のある方で
65 歳以上及び 60 歳以上 65 歳未満の一部の方です。
60 歳以上 65 歳未満で障害者手帳 1 級の全ての方が対象ではありません。
60 歳未満の方は対象ではありません。
(2 ページ及び 4 ページ参照)
- 自己負担金は、インフルエンザ **1,600 円**
新型コロナウイルス感染症 **5,000 円** です。
(3 ページ及び 9 ページ参照)
- 公費助成で接種できるのは今年度において 1 人 1 回のみです。
- 予診票の記入について、特に次の点に御注意ください。予診票の記入に不備があると委託料のお支払いができません。
(6 ページ及び 9 ページ参照)
 - ・ 体温が 37.5 以上の場合は接種ができません。接種をする場合は医師の記入欄に理由を必ず記入してください。
 - ・ 予診票の住所は住民登録上の住所を記入してください。居住地の住所ではありません。
 - ・ 60 歳以上 65 歳未満で接種をする場合は、身体障害者手帳のコピーを添付し、
「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（ ）」の欄や医師の記入欄に該当理由（病名等）を必ず記入してください。
 - ・ 接種を見合わせた場合（予診のみで請求する場合）は、医師の記入欄に見合わせた理由（病名等）を必ず記入してください。
- 平塚市民以外の対応
他市町村に在住の方が接種を希望する場合、年齢条件等を満たしていても平塚市の制度を適用することはできません。
やむを得ない理由により、住民票の置かれている住所地で接種ができず、平塚市内の医療機関にて接種を受ける際は、住民票のある市町村に問い合わせてください。

実施概要

1 接種対象者

接種日時時点で平塚市に住民票のある方で次に該当する方

65歳以上（接種日時点）の方

60歳以上65歳未満（接種日時点）で、

心臓、腎臓、呼吸器の機能に障がい有する方又はヒト免疫不全ウイルスによる免疫の機能の障がい有する方。

（障がい有する方の中でも、心臓、腎臓又は呼吸器の機能に自己の身の日常生活動が極度に制限される程度の障がい有する方及びヒト免疫不全ウイルスにより免疫の機能に日常生活がほとんど不可能な程度の障がい有する方で、身体障害者手帳1級程度の障がい有する方のみ該当します。）

1級の全ての方が該当するものではありません。

4～5ページ、「60歳以上65歳未満で対象となる定義」参照）

60歳以上65歳未満の方については、身体障害者手帳（1級）等で接種対象者であるかを確認します。その際、手帳のコピーをとり市提出用の予診票に添付してください。

なお、予診票の「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（ ）」の欄や医師記入欄に該当理由（病名等）を記入してください。

60歳未満の方は本事業の対象ではありません。

保険証等で年齢や住所を確認し、実施してください。

2 実施期間

令和8年10月1日(木)から令和9年1月31日(日)まで

実施期間以外の接種は「自費（任意）」扱いとなります。

3 接種回数

1回

2回接種した場合でも、公費負担は1回限りです。

2回目に予診を行っても「予診のみ」の請求はできません。

4 市民への周知

広報ひらつか（9月第3金曜日号）及び平塚市ホームページに掲載します。

また、10月上旬に自治会回覧にて周知します。

5 ワクチン

ワクチン取り扱い業者から直接購入してください。

ワクチン代は医療機関からワクチン納入業者へお支払いください。

平塚市から納入業者の指定はありません。

6 負担金

インフルエンザ 1,600円

新型コロナウイルス感染症 5,000円

被接種者から上記自己負担額を各医療機関窓口で徴収してください。

ただし、次に該当する方は負担金の免除対象者です。

(1)生活保護世帯に属する方

(2)市民税非課税世帯に属する方

(3)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による支援給付受給者の方

必要書類

- ・ (1)に該当する方は「生活保護受給者証」
- ・ (2)に該当する方は「令和8年度介護保険料納入通知書」
または「令和8年度保健事業受診者負担金免除承認書」
- ・ (3)に該当する方は「本人確認証」で確認してください。

(9～11ページ、負担金免除者確認書類参照)

市から被接種者へ後日の返金はできません。接種時に必ず証明となるものを確認してください。

7 接種の実施

接種希望者には予診票裏面に記載されている予防接種注意事項等を読んでもらい、予診票に基づいて診察を行ってください。その診察の結果を本人が同意したうえで、予診票に署名してもらい、接種を実施します。接種後は、接種済証を接種者に交付してください。

8 被接種者の意思確認

インフルエンザ及び新型コロナウイルス感染症予防接種の対象者には努力義務が課されていません。対象者が接種を希望する場合のみ実施します。したがって接種する際には本人の意思確認が必要になります。本人が自署できないなど、意思確認が困難な場合は、家族またはかかりつけ医の協力を得て慎重に判断してください。

60 歳以上 65 歳未満で対象者となる定義

インフルエンザ及び新型コロナウイルス感染症予防接種の対象者となる「60 歳以上 65 歳未満の者であって一定の心臓、腎臓若しくは呼吸器の機能又はヒト免疫不全ウイルスによる免疫の機能の障害を有するもの」について、心臓、腎臓若しくは呼吸器の機能又はヒト免疫不全ウイルスによる免疫の機能の障害の程度は、次のいずれかに該当するものです。

これらに該当することについては、医師の診断書または身体障害者手帳の写しなど、接種対象者であることの認定に必要と思われる資料の提出をお願いします。（予防接種法施行令第 1 条の 2、施行規則第 2 条の 2 より）

ア 心臓機能障害

（ア）次のいずれか二つ以上の所見があり、かつ、安静時または自己身の日常生活活動でも心不全症状、狭心症症状または繰り返シアダムスストークス発作が起こるもの。

- a 胸部エックス線写真所見で心胸比 0.60 以上のもの
- b 心電図で陳旧性心筋梗塞所見があるもの
- c 心電図で脚ブロック所見があるもの
- d 心電図で完全房室ブロック所見があるもの
- e 心電図で第 2 度以上の不完全房室ブロック所見があるもの
- f 心電図で心房細動または粗動所見があり、心拍数に対する脈拍数の欠損が 10 以上のもの
- g 心電図で ST の低下が 0.2 mV 以上の所見があるもの
- h 心電図で第 I 誘導、第 II 誘導及び胸部誘導（ただし V1 を除く。）のいずれかの T が逆転した所見があるもの

（イ）人工ペースメーカーを装着したものまたは人工弁移植、弁置換を行ったもの

イ 腎臓機能障害

腎臓機能検査において、内因性クレアチンクリアランス値が 10 ml / 分未満、または血清クレアチニン濃度が 8.0 mg / dl 以上であって、かつ、自己の身の日常生活活動が著しく制限されるか、または血液浄化を目的とした治療を必要とするもの若しくは極めて近い将来に治療が必要となるもの。

ウ 呼吸器機能障害

予測肺活量 1 秒率、動脈血ガス及び医師の臨床所見により、呼吸困難が強い
ため歩行がほとんどできないもの、呼吸障害のため予測肺活量 1 秒率の測定が
できないもの、予測肺活量 1 秒率が 20 以下のものまたは動脈血 O₂ 分圧が 5
0 Torr 以下のもの。予測肺活量 1 秒率とは、1 秒量（最大呼気位から最大努力
下呼出の最初の 1 秒間の呼気量）の予測肺活量（性別、年齢、身長の手合わせで
正常ならば当然あると予測される肺活量の値）に対する百分率である。

エ ヒト免疫不全ウイルスによる免疫の機能障害

ヒト免疫不全ウイルスに感染して、次のいずれかに該当するものをいう。

（ア）CD4 陽性 T リンパ球数が 200 / μ l 以下で、次の項目（a～l）のうち
6 項目以上が認められるもの。

- a 白血球数について 3,000 / μ l 未満の状態が 4 週以上の間隔をおいた検査
において連続して 2 回以上続く
- b Hb 量について男性 12 g / dl 未満、女性 11 g / dl 未満の状態が 4 週以上の間
隔をおいた検査において連続して 2 回以上続く
- c 血小板数について 10 万 / μ l 未満の状態が 4 週以上の間隔をおいた検査に
おいて連続して 2 回以上続く
- d ヒト免疫不全ウイルス - RNA 量について 5,000 コピー / ml 以上の状態が
4 週以上の間隔をおいた検査において連続して 2 回以上続く
- e 1 日 1 時間以上の安静臥床を必要とするほどの強い倦怠感及び易疲労が月に
7 日以上ある
- f 健常時に比し 10 % 以上の体重減少がある
- g 月に 7 日以上 of 不定の発熱（38 以上）が 2 か月以上続く
- h 1 日に 3 回以上の泥状ないし水様下痢が月の 7 日以上ある
- i 1 日に 2 回以上の嘔吐あるいは 30 分以上の嘔気が月に 7 日以上ある
- j 口腔内カンジタ症（頻回に繰り返すもの）、赤痢アメーバ症、帯状疱疹、単純
ヘルペスウイルス感染症（頻回に繰り返すもの）、糞線虫症及び伝染性軟属種
等の日和見感染症の既往がある
- k 生鮮食料品の摂取禁止等の日常生活活動上の制限が必要である
- l 軽作業を越える作業の回避が必要である

（イ）回復不能なエイズ合併症のため介助なくしては日常生活がほとんど不可能
な状態のもの

予診票の取扱いについて

- 前の予診票を引き続きお使いください。
- この予診票は公費による接種を受ける方のみに御使用ください。

公費による接種でない方には使用しないでください。

- 接種希望者が予診票を記入する際は、予診票の反対面に印刷してある「予防接種の説明」が読み終わったら、まとめて裏返してから記入するよう御説明ください。
- ☐ 有料 ☐ 無料 の取扱いは、3 ページ「6 負担金」の項等を御参照いただき、自己負担金を徴収した場合は「有料」(負担金あり)、負担金を免除した場合は「無料」(負担金なし)としてください。
- 予診票の太枠内は、接種希望者が記入します。
- 接種希望者が対象者であるかどうかは、住所・年齢(生年月日)を本人確認書類により御確認ください。(年齢は接種日時点です。)
- 接種不適当者あるいは接種要注意者に該当しないか、さらに接種希望者の健康状態を把握するために、予診票に基づく問診・検温及び視診・聴診等の診察を行い、予診を尽くしてください。
特に太枠内「回答欄」右側に「○印」が記載されている場合は、「医師記入欄」に追加問診によって知り得た必要事項を記入し、接種希望者の体調を御確認ください。
- 医療機関控は5年間保管してください。
- 接種者交付用は被接種者が予防接種を受けた「接種済証」として保存しておくようお願いください。
- 8 ページの「記入上の注意点」を御参照いただき、記入漏れの無いようお願いいたします。
- 予診票の不足が生じた際は、平塚市健康課または平塚市医師会事務局で配布します。

予防接種を受けることができない人

明らかに発熱がある人

一般的には体温が 37.5 以上を指します。

重篤な急性疾患にかかっていることが明らかな人

ワクチンに含まれる成分によって、アナフィラキシーを起こしたことがある人

「アナフィラキシー」というのは、通常接種後 30 分以内に起こるひどいアレルギー反応のことです。発汗、顔が急にはれる、全身にひどいじんましんが出る、吐き気、嘔

吐、声が出にくい、息が苦しいなどの症状に続き、血圧が下がっていく激しい全身反応です。

インフルエンザの定期接種で接種後 2 日以内に発熱または全身性発疹等のアレルギーを疑う症状があった人はインフルエンザの接種を行わない。

その他医師が不適当と判断した場合

予防接種を受ける前に接種する医師とよく相談しなくてはならない人

心臓病、腎臓病、肝臓病や血液、その他慢性の病気で治療を受けている人

今までにけいれんを起こしたことがある人

今までに喘息と診断されたことがある人

ワクチンの成分に対してアレルギーがあると言われたことがある人

鶏卵、鶏肉、その他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人（インフルエンザ予防接種のみ）

記入上の注意点

平塚市インフルエンザ予防接種予診票

□有料 □無料

接種者負担金 あり→□有料に 印

なし→□無料に 印

診察前の体温

度 分

住 所 平塚市

氏 名

住民登録上の住所を記入。保険証等で確認

男・女

生 年 月 日 明治・大正・昭和 年 月 日生 (満 歳)

医療機関で測定
37.5 以上は接種不可
接種をする場合は医師記入欄に理由を記入

公費で接種済者は自費接種で実施。公費での接種は1回です。

質 問 事 項	回答欄		医師
今日のインフルエンザの予防接種は今シーズン1回目ですか。 接種日(月 日) 自費接種・公費接種	いいえ	はい	
今日のインフルエンザの予防接種について、平塚市で用意した説明書を読んで予防接種の効果や副反応について理解しましたか。	いいえ	はい	
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	
その病気の主治医には、今日の予防接種を受けてもよいと言われましたか。	はい	いいえ	
免疫不全と診断されたことがありますか。	はい	いいえ	
今日、体に具合の悪いところがありますか。 具合の悪い症状を書いてください。()	はい	いいえ	
薬や食品(ニワトリの肉や卵など)で皮膚に発疹ができたり、体の具合が悪くなったことがありますか。	はい	いいえ	
インフルエンザの予防接種を受けたことがありますか。 ・ の際に具合が悪くなったことはありますか インフルエンザ以外予防接種のに具合が悪くなったことはありますか	はい はい はい	いいえ いいえ いいえ	
けいれんを起こしたことがありますか。(年 月頃)	はい	いいえ	
4週間以内に予防接種を受けましたか。 予防接種名() 接種日(月 日)	はい	いいえ	
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()	はい	いいえ	
最近、1ヶ月以内に熱が出たり、病気にかかったりしましたか 病名()	はい	いいえ	
今日の予防接種について質問がありますか。	はい	いいえ	

「いいえ」の場合は必ず接種する前に読んで、理解していただく

60歳以上65歳未満の方は、対象となる理由(病名等)を記入

接種者への問診及び診察後に医師が判断した上で署名
接種を見合わせた場合は、理由を記入

医師の記入欄(特記事項がある場合、記入してください。)
以上の問診及び診察の結果、今日の予防接種は (可能・見合わせる)
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、説明した。
医師署名または記名押印

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などについて理解した上で、接種を希望しますか。
(接種を希望します・接種を希望しません)
この予診票は、予防接種の安全性の確保を目的としています。
このことを理解の上、本予診票が平塚市に提出されることに同意します。
令和 年 月 日 被接種者署名
自署できない者は代筆者が署名し、
代筆者氏名及び被接種者との続柄を記載する。 代筆者氏名 続柄()

医師が接種可能と判断した後で接種者本人が署名
(自署できない場合は代筆者が接種者氏名を署名し、代筆者氏名・続柄を記入)

ワクチンロット番号	接 種 量	実施場所・医師名接種年月日
Lot No.	ml	実施場所 医師名

使用ワクチンロットNOを記入またはシールを添付。

実施場所・医師名等・接種年月日を記入(ゴム印の場合は3枚に押印)
予診のみの場合も、予診実施日を記入

負担金免除者確認書類

- 1 次のいずれかに該当する場合、負担金が免除（無料）になります。
 - ア 生活保護法による被保護世帯に属する方
 - イ 市民税非課税世帯に属する方
 - ウ 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による支援給付受給者の方

- 2 受診者（接種者）負担金免除の事務手順
 - (1) 接種希望者が提示する証明書類を確認する。（確認後返却：コピー等の添付は不要）
 - ア 生活保護法による被保護世帯に属する方 → 「生活保護受給者証」見本 1
 - イ 市民税非課税世帯に属する方
→ 「令和 8 年度保健事業受診者負担金免除承認書」見本 2
見本 2 の証明書に直接公印が押してない証明については、添付した証明書に公印が押してあるので、証明書として有効です。
または
「令和 8 年度介護保険料納入通知書」見本 3
見本 3 に「所得段階区分」の表示がありますが、市民税非課税世帯に該当する段階は「1～3」です。（介護保険料納入通知書は、65 歳以上の方に毎年送付しています。接種希望者の多くが受付で提示することが予想されますが、負担金免除に該当するのは所得段階区分が 1～3 の方のみで、通知書持参者全員ではないので御注意ください。）
 - ウ 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による支援給付受給者の方 → 「本人確認証」見本 4
 - (2) 接種希望者に受診者負担金免除申請書見本 5 を記入してもらう。
受診者負担金免除申請書については、不足が生じた場合は、コピーの上御利用いただくか、平塚市健康課で配布いたします。
 - (3) 医療機関が申請書の「医療機関名」欄に記入押印する。
 - (4) 予診票の平塚市提出用に申請書を添付する。

見本1 「生活保護受給者証」(または「保護受給証明書」)

氏 名		性別	続 柄	生年月日
1				
2				
3				
4				
5				
6				
7				
8				
9				
10				
11				
12				

【受給者の方へ】
この受給証をなくしたり、記載事項に変更があったときは、すぐに福祉事務所に連絡してください。
生活保護を受けなくなったときや停止されたとき、または有効期間が過ぎたときは、すぐに発行元の福祉事務所へお返しください。

【医療機関の方へ】
この受給証は、生活保護受給者であることを証明するためのものであり、医療費（医療費の額）ではありません。

見本2 「令和○年度保健事業受診者負担金免除承認書」

令和○年度保健事業受診者負担金免除承認書

○対象項目と対象条件は裏面のとおり

住 所	平塚市
各種検診（健診）・予防接種 対象者氏名	

上記の者は各種検診（健診）・予防接種事業の受診者負担金免除を承認する。

令和○年○月○日

神奈川県平塚市長 落合 克宏

【対象者の方へ】
・住所及び同一世帯会員の氏名（原則として18歳以上の方）を記入しています。
（但し、18歳未満でも所得のある方は記入しています。）
・この承認書1通で、裏面の対象項目を受診する上記対象者が使用できます。
・この承認書は裏面記載の各種検診（健診）・予防接種事業にのみ有効な証明書です。
・医療機関や集団検診の受付に提示していただきますと、検診券返却されますので大事に保管され、紛失されないようお願いします。
なお、受診する際には、医療機関や集団検診会場にある「受診者負担金免除申請書」の御記入をお願いします。

【医療機関の事務担当者の方へ】
・本承認書を持参された場合には、窓口で確認後返却していただき、御本人に「受診者負担金免除申請書」の記入、提出を御依頼ください。

【発行について】

利用目的を「高齢者用インフルエンザ予防接種のため」と言うと、左の様式の保健事業専用の証明が発行されます。

＊発行場所：保健センター健康課

＊令和8年度の証明書は6月以降に発行

＊料金は無料

負担金を免除する場合必ずこの申請書を記入し、予診票に添付してください。

受 診 者 負 担 金 免 除 申 請 書

令和 年 月 日

(提出先)

平 塚 市 長

次のとおり受診者負担金の免除を受けたいので申請します。

(ふりがな) 申請者署名		男 女	明 大 昭 年 月 日 (歳)
住 所	平 塚 市 電話 ()		
該 当 事 業			
免 除 理 由 該当する番号を○ で囲んでください。	1 生活保護法による被保護世帯に属する者 2 市民税非課税世帯に属する者 3 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による支援給付受給者		
	医療機関名		

副反応疑い報告・健康被害発生時の対応について

接種医は、被接種者から接種後の相談や連絡を受けたときは、必要な指導または処置を行い、その結果について確認してください。

- (1) 予診票を別にし、保管してください。
- (2) 被接種者の外見、様態（接種部位の変化等）をよく観察し詳細に記載してください。
- (3) 既往歴や日常生活等を保護者からよく聞いて確実に記載しておいてください。

●副反応疑い報告について

- 1 ワクチン接種による副反応と思われる症状が発生したときは、被接種者の同意を得て、直ちに別紙様式1「予防接種後副反応疑い報告書」の内容に基づき、独立行政法人医薬品医療機器総合機構へ直接FAX報告（FAX：0120-176-146）または、電子報告システム（報告受付サイトURL：<https://www.pmda.go.jp/safety/reports/hcp/0002.html>）にて報告してください。
- 2 副反応を診断した医師は、市町村に対して重ねて報告を行う必要はありません。
- 3 報告内容について、厚生労働省、国立感染症研究所または機構において調査を行うことがあるので、厚生労働省等から情報収集等の協力依頼がありましたら、御対応ください。
- 4 調査等を実施した後は、個人情報に十分配慮したうえで、公開の場で検討することとなります。
- 5 厚生労働大臣が報告事項に関して検討を加えた結果については、都道府県を通じて市町村に通知することがあります。

●健康被害発生時について

予防接種との因果関係が否定できない事例で死亡したり、または通常生ずる副反応の程度を超える健康被害等が発生した場合には、ただちに平塚市予防接種健康被害調査委員会を設置して、本会に諮問し対応するため、平塚市健康課へ御報告ください。

参考：厚生労働省ホームページ（様式・入力アプリのダウンロードなどもできます）

http://www.mhlw.go.jp/bunya/kenkou/kekaku-kansenshou20/hukuhannou_houkoku/index.html

見本

報告先: (株)医薬品生産機器総合機構
 新型コロナウイルス専用FAX番号: 0120-011-126
 その他ワクチン用FAX番号: 0120-176-146

予訪接種後副反応疑い、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)	性別				1 男 2 女		接種時 年齢		歳 月							
	住 所	郡 市 町 村				生年月日		年 月 日									
服 務 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()															
	所属機関名	電話番号															
接種場所	住所																
	診療科目																
ワクチン	ワクチンの種類 (図→記号は、図を参照しにたすを要する)		ロット番号		製造販売業者名				接種回数								
	①								① 第 回(回目)								
	②								② 第 回(回目)								
	③								③ 第 回(回目)								
	④								④ 第 回(回目)								
接種の状況	接種日時	平成・令和 年 月 日 午前・午後 時 分				副反応等 (重篤な副反応の場合は記載)											
	接種後の経過	度 分 家族歴															
	予診票での留意点(通称疾患、アレルギー、最近1ヶ月以内のワクチン接種有無、既往症の有無、過去の副反応歴、発育状況等) 1 有 { } 2 無 { }																
注 意 の 事 項	経 路	(定期接種・臨時接種の場合で実質の報告基準に該当する場合、ワクチンごとに該当する経路にのみ記入すること。ただし、経路不明又はワクチン(経路不明)に該当する場合は、各調査票に記入する。併記して可い。 経路 _____ なり-併記の場合は正誤接種の場合(併記する)															
	発生日時	平成・令和 年 月 日 午前・午後 時 分															
	本票上の 出来関係	1 関連あり 2 関連なし 3 評価不能				加齢期(他の 疾患等)の可 能性の有無		1 有 { } 2 無 { }									
	観察(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																
現 状 の 認 定	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 { 病名: 期間: } 6 上記1〜5に準じて重い 7 直ちに及ぶ死生性のある病気又は異常															
	2 重くない																
症 状 の 概 述	発症日時	平成・令和 年 月 日															
	1 回復 2 軽快 3 未回復 4 経過観察(症状)	1 死亡 2 不明															
後遺症意見																	
備考(その他)	1 第1期 2 第2期 3 第3期以後																

(調整模式) 無

対象臓器	症 状	発症までの期間	左記の「その他の疾患」を鑑別した場合の検査
消化器系	1 アナフィラキシー	4時間	
	2 腸炎-腸痙	200分	左記の「その他の疾患」を鑑別した場合
	3 けいれん	3分	
	4 血中塩素少性代謝症	200分	a 無時間
	5 その他臓器の反応	—	b 気管支のけいれん
	6 アナフィラキシー	4時間	c 急性腸炎性腸管障害(ADDA)
	7 急性腸炎性腸管障害(ADDA)	200分	d 慢性腸管障害
	8 腸炎-腸痙	200分	e 腸炎-腸痙
	9 けいれん	3分	f 腎臓炎
	10 血中塩素少性代謝症	200分	g けいれん
	11 その他臓器の反応	—	h アナフィラキシー
	12 アナフィラキシー	4時間	i 腸管障害
	13 急性腸炎性腸管障害(ADDA)	200分	j 腸管障害
	14 腸炎-腸痙	200分	k 急性腸管障害
	15 けいれん	3分	l 急性腸管障害
	16 血中塩素少性代謝症	200分	m 血中塩素少性代謝症
	17 その他臓器の反応	—	n 腸管炎
	18 アナフィラキシー	4時間	o 腸管炎
	19 急性腸炎性腸管障害(ADDA)	200分	p アナフィラキシー
	20 腸炎-腸痙	200分	q 腸管炎
肺系	1 急性肺炎性腸管障害(ADDA)	200分	r 急性肺炎性腸管障害
	2 腸炎-腸痙	200分	s 急性肺炎性腸管障害
	3 けいれん	3分	t 急性肺炎性腸管障害
	4 血中塩素少性代謝症	200分	u 急性肺炎性腸管障害
	5 その他臓器の反応	—	v 急性肺炎性腸管障害
	6 アナフィラキシー	4時間	w 急性肺炎性腸管障害
	7 急性肺炎性腸管障害(ADDA)	200分	x 急性肺炎性腸管障害
	8 腸炎-腸痙	200分	y 急性肺炎性腸管障害
	9 けいれん	3分	z 急性肺炎性腸管障害
	10 血中塩素少性代謝症	200分	aa 急性肺炎性腸管障害
	11 その他臓器の反応	—	ab 急性肺炎性腸管障害
	12 アナフィラキシー	4時間	ac 急性肺炎性腸管障害
	13 急性肺炎性腸管障害(ADDA)	200分	ad 急性肺炎性腸管障害
	14 腸炎-腸痙	200分	ae 急性肺炎性腸管障害
	15 けいれん	3分	af 急性肺炎性腸管障害
	16 血中塩素少性代謝症	200分	ag 急性肺炎性腸管障害
	17 その他臓器の反応	—	ah 急性肺炎性腸管障害
	18 アナフィラキシー	4時間	ai 急性肺炎性腸管障害
	19 急性肺炎性腸管障害(ADDA)	200分	aj 急性肺炎性腸管障害
	20 腸炎-腸痙	200分	ak 急性肺炎性腸管障害
泌尿器系	1 急性肺炎性腸管障害(ADDA)	200分	al 急性肺炎性腸管障害
	2 腸炎-腸痙	200分	am 急性肺炎性腸管障害
	3 けいれん	3分	an 急性肺炎性腸管障害
	4 血中塩素少性代謝症	200分	ao 急性肺炎性腸管障害
	5 その他臓器の反応	—	ap 急性肺炎性腸管障害
	6 アナフィラキシー	4時間	aq 急性肺炎性腸管障害
	7 急性肺炎性腸管障害(ADDA)	200分	ar 急性肺炎性腸管障害
	8 腸炎-腸痙	200分	as 急性肺炎性腸管障害
	9 けいれん	3分	at 急性肺炎性腸管障害
	10 血中塩素少性代謝症	200分	au 急性肺炎性腸管障害
	11 その他臓器の反応	—	av 急性肺炎性腸管障害
	12 アナフィラキシー	4時間	aw 急性肺炎性腸管障害
	13 急性肺炎性腸管障害(ADDA)	200分	ax 急性肺炎性腸管障害
	14 腸炎-腸痙	200分	ay 急性肺炎性腸管障害
	15 けいれん	3分	az 急性肺炎性腸管障害
	16 血中塩素少性代謝症	200分	ba 急性肺炎性腸管障害
	17 その他臓器の反応	—	bb 急性肺炎性腸管障害
	18 アナフィラキシー	4時間	bc 急性肺炎性腸管障害
	19 急性肺炎性腸管障害(ADDA)	200分	bd 急性肺炎性腸管障害
	20 腸炎-腸痙	200分	be 急性肺炎性腸管障害
循環器系	1 急性肺炎性腸管障害(ADDA)	200分	bf 急性肺炎性腸管障害
	2 腸炎-腸痙	200分	bg 急性肺炎性腸管障害
	3 けいれん	3分	bh 急性肺炎性腸管障害
	4 血中塩素少性代謝症	200分	bi 急性肺炎性腸管障害
	5 その他臓器の反応	—	bj 急性肺炎性腸管障害
	6 アナフィラキシー	4時間	bk 急性肺炎性腸管障害
	7 急性肺炎性腸管障害(ADDA)	200分	bl 急性肺炎性腸管障害
	8 腸炎-腸痙	200分	bm 急性肺炎性腸管障害
	9 けいれん	3分	bn 急性肺炎性腸管障害
	10 血中塩素少性代謝症	200分	bo 急性肺炎性腸管障害
	11 その他臓器の反応	—	bp 急性肺炎性腸管障害
	12 アナフィラキシー	4時間	bq 急性肺炎性腸管障害
	13 急性肺炎性腸管障害(ADDA)	200分	br 急性肺炎性腸管障害
	14 腸炎-腸痙	200分	bs 急性肺炎性腸管障害
	15 けいれん	3分	bt 急性肺炎性腸管障害
	16 血中塩素少性代謝症	200分	bu 急性肺炎性腸管障害
	17 その他臓器の反応	—	bv 急性肺炎性腸管障害
	18 アナフィラキシー	4時間	bw 急性肺炎性腸管障害
	19 急性肺炎性腸管障害(ADDA)	200分	bx 急性肺炎性腸管障害
	20 腸炎-腸痙	200分	by 急性肺炎性腸管障害

委託料の請求方法等について

- 1 予防接種後、「請求書」、「予診票」をクリップ等でまとめて、
実施月の翌月10日（10日が土・日・祝の場合はその前日）までに平塚市健康課（保健センター）に御提出ください。
- 2 被接種者の負担金を免除した場合、「受診者負担金免除申請書」を予診票の裏にホチキスで止め、添付してください。
- 3 60歳以上65歳未満の方の場合、接種対象者を確認した「身体障害者手帳」等の書類のコピーを予診票に添付してください。
- 4 請求書右上の請求者欄における法人印・代表者印は不要です。
- 5 請求書の人数・金額はボールペンで記入してください。
訂正は、新しい請求書に書き直しをお願いします。
- 6 支払いは実施月の翌月末払いになります。
- 7 振込先に変更が生じた場合（法人化、代表者の変更、口座番号の変更、住所変更等）は速やかに御連絡ください。

日付の記載は不要です。

ボールペンでの御記入をお願いします。

(提出先)

平塚市長

押印不要になりました。

医療機関の正式名称
氏名は役職も含めた氏名を
御記入ください。

医療機関住所:

名称: 医療法人 ● ● 会 ■ ■ 医院

氏名: 理事長 ○ ○

ゴム印に電話番号はあっても大丈夫です。

平塚市高齢者用インフルエンザ予防接種事業請求書

このことについて、次のとおり請求します。

記

実 施 年 月	令和○年 ● 月分														
請 求 金 額	<table><tr><td></td><td></td><td></td><td>¥</td><td>-</td><td>-</td><td>-</td><td>-</td><td>円</td></tr></table>									¥	-	-	-	-	円
				¥	-	-	-	-	円						
(内消費税及び地方消費税額)															
<table><tr><td></td><td></td><td></td><td>¥</td><td>-</td><td>-</td><td>-</td><td>-</td><td>円</td></tr></table>									¥	-	-	-	-	円	
			¥	-	-	-	-	円							
実 施 者 数															
接種	負担金あり	一人につき ○○○円 (内消費税及び地方消費税○○円)						人							
接種	負担金なし	一人につき ○○○円 (内消費税及び地方消費税○○円)				▲		人							
予診のみ		一人につき ○○○円 (内消費税及び地方消費税○○円)						人							
上記金額の 振込先	振込先口座に変更が生じた場合は健康課まで御連絡ください。 実施月の翌月10日(休日日のときはその前日)までに平塚市役所健康課に提出してください。														

令和7年10月1日実施分より使用してください。

【参考URL】

・定期予防接種実施要領(厚生労働省HP)

<https://www.mhlw.go.jp/content/001708680.pdf>

・定期の予防接種等による副反応疑い報告等の取扱いについて(厚生労働省HP)

https://www.mhlw.go.jp/bunya/kenkou/kekkaku-kansenshou20/hukuhannou_houkoku/

< 予防接種後副反応疑い報告書の書式ダウンロード >

https://www.mhlw.go.jp/bunya/kenkou/kekkaku-kansenshou20/hukuhannou_houkoku/dl/r01youshiki_02.pdf

< 電子報告システム >

<https://www.pmda.go.jp/safety/reports/hcp/0002.html>

問合せ・請求書の送付

〒254 - 0082

平塚市東豊田448番地3

平塚市健康課(保健センター)

TEL 0463 - 55 - 2111