

令和 8 年度

中央市定期予防接種（B 類疾病）事業について

- | | |
|--------------------------|----------------|
| ①高齢者インフルエンザ予防接種について | … P 1 ～P 5 |
| ②高齢者新型コロナウイルス感染症予防接種について | … P 6 ～P 1 1 |
| ③その他（共通事項） | … P 1 2 ～P 1 3 |



令和 8 年 9 月

中央市 こども健康部 健康増進課

①高齢者インフルエンザ予防接種について

【接種期間】

令和8年10月1日（木） ～ 令和9年1月31日（日）

※終了日が高齢者新型コロナウイルス感染症予防接種と異なりますので、注意願います。

【対象者】

- ①接種日に65歳以上の人。
- ②接種日に60歳～65歳未満で心臓、腎臓、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、またはヒト免疫不全ウイルスにより免疫の機能に日常生活がほとんど不可能な程度の障がいを有する人。

【接種回数】

一人1回

【公費負担額】

2,500円（接種料金の差額は被接種者より徴収してください）。

※生活保護受給者及び特定中国残留邦人等支援給付受給者については、予防接種費免除券持参者に限り全額市で負担（免除券発行は、中央市役所こども健康部健康増進課、玉穂支所、または豊富支所での申請が必要）。

【予診票】

- ・対象者①の人は、郵送にて「予診票」「お知らせ」「説明書」をお送りしています。
※別添のとおり
- ・対象者②の人または、対象者①の人で紛失等により手元にない人は申請にて発行が可能です。
※発行可能場所：中央市役所こども健康部健康増進課、玉穂支所、豊富支所。

◎接種期限（有効期限）外の予診票は使用できません。

- ・対象者①の人は、65歳以上であることを必ずご確認ください。
- ・対象者②に該当し、接種を希望する人には、市役所窓口にて申請の上、発行しています。
- ・予診票は、市が特定の要件を満たす人に交付している金券に相当するものです。必ず予診票に記載された本人であることをマイナ保険証（健康保険証の利用登録がなされたマイナンバーカード）等によりご確認をお願いします。

・中央市インフルエンザ予防接種予診票
(色) ライトブルー

〒 400-1 中央市 様		(例) 令和 8 年度 インフルエンザ予防接種予診票 (有効期限：令和 8 年 10 月 1 日 ～令和 9 年 1 月 31 日) 301		
生年月日 昭和 年 月 日 (歳)		診察前の体温 度 分		
※質問事項への回答は、受診する前にあらかじめ記入してください。				
質 問 事 項		回答欄		
今日のインフルエンザの予防接種について中央市から配られている説明書を読みましたか。		はい いいえ		
今日の予防接種の効果や副作用などについて理解しましたか。		はい いいえ		
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いわれましたか。		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		
薬や食品で皮膚に発疹やじんましんが出たり、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。		はい いいえ		
○ その際に具合が悪くなったことはありますか。		はい いいえ		
○ インフルエンザ以外の予防接種の際に具合が悪くなったことはありますか。		はい いいえ		
ひきつけ(けいれん)を起こしたことがありますか。		はい いいえ		
1ヶ月以内に予防接種を受けましたか。				
○ 予防接種の種類 ()		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。		はい いいえ		
○病名 ()				
その病気を診てもらっている医師に今日の予防接種を受けてよいと言われましたか。		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。		はい いいえ		
○ 病名 ()				
今日の予防接種について質問がありますか。		はい いいえ		
医師記入欄		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。 医師署名又は記名押印		
ワクチンロットNo.	接 種 量	実 施 場 所	接 種 年 月 日	医 師 名
Lot. No.	ml		令和 年 月 日	
インフルエンザ予防接種希望書(医師の診察の結果、接種が可能と判断された後に記入してください。)				
医師の診察・説明を受け、予防接種の効果や副反応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、本予診票が中央市に提出されることに同意します。				
令和 年 月 日 被接種者自署 (※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)				
-----切り取り線(接種者本人が切り離さないでください。)				
高齢者インフルエンザ予防接種済証明書				
※この「インフルエンザ予防接種済証明書」は、本日の予防接種の接種記録です。個人で大切に保管してください。				
被接種者氏名	ワクチンロットNo.	実施場所 ・ 医師名 ・ 接種年月日		
	インフルエンザ ワクチン	実施場所		
	Lot. No.	医師名		
		接種年月日	令和 年 月 日	

・中央市インフルエンザ予防接種についてのお知らせ
(表面)

令和8年度 中央市インフルエンザ予防接種についてのお知らせ

(1) 対象者

- ①接種日当日に満 65 歳以上で、インフルエンザの予防接種を希望する人。
- ②接種日に60～65歳未満の人で、心臓、腎臓、呼吸器の機能やヒト免疫不全ウイルスによる免疫の機能不全にて日常生活がほとんど不可能な程度の障がい（障がい者手帳 1 級程度）を有する人として厚生労働省令で定められる人。
- ※「その他の障がい」に該当する人は、1 級程度の障がいがある旨の医師の意見書が必要です。

ただし、以下に該当する人は接種を受けることはできません。

予防接種ができない人	予防接種を受ける際に、担当医師と相談する必要がある人
① 明らかに熱のある人（一般的に37.5℃を超える場合） ② 急性の病気で薬を飲む必要のある人 ③ 過去にインフルエンザ予防接種を受けて、アレルギー反応（発汗、顔面の腫れ、全身のじんましん、吐き気、嘔吐など）を起こしたことのある人 ④ 以前にインフルエンザの予防接種を受けたとき、2日以内に発熱、発疹、じんましんなどアレルギーを思わす異常が見られた人 ⑤ 主担当医師が不適当な状態と判断した人	① 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 ② 今までにけいれんを起こしたことのある人 ③ 今までに中耳炎や肺炎などによくかかり、免疫状態を検査して異常を指摘されたことのある人 ④ インフルエンザ予防接種の成分又は鶏卵、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

(2) 接種回数 1年に1回

(3) 接種期間 令和8年10月1日～令和9年1月31日（注：接種日当日に満65歳以上の人）

(4) 助成額 一人につき2,500円（接種料金の差額を医療機関にお支払いください）

※接種料金は、医療機関により異なります。

※生活保護受給者及び特定中国残留邦人等支援給付受給者は予防接種費用免除券発行により、市が接種費用を全額負担いたします。申請が必要なため、中央市役所ことも健康部健康増進課・玉穂支所・豊富支所までご来庁ください。

(5) 接種方法 事前に医療機関へ確認の上、予診票を持参し接種してください。

(6) 持ち物 中央市高齢者インフルエンザ予防接種予診票・マイナ保険証（健康保険証の利用登録がなされたマイナンバーカード）等
※予診票は医療機関受診前に事前に記入をしてください。

(7) 注意事項

- ・予診票を提示せずに接種した場合は助成が受けられません。（ご注意ください）
- ・予診票は本人しか使用できません。
- ・この予防接種は、予防接種法により個人の意思と責任で、接種を希望する場合に限り実施されます。接種前に同封の注意事項をよくお読みください。
- ・予防接種を受ける人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確認をすることは認められ、接種を希望することが確認できた場合に限り接種を行うことができます。
- ・対象者の意思確認ができない場合、予防接種法に基づいた予防接種を行うことができません。

(裏面)

中央市内インフルエンザ予防接種協力医療機関一覧

◎この一覧は、協力医療機関の一例で、掲載のない市外の医療機関でも接種可能です。
詳しくは、接種予定の医療機関もしくは、中央市こども健康部健康増進課までお問合せください。

※助成が受けられない医療機関（県外の医療機関、県内の一部医療機関）もありますので、ご注意ください。

	医療機関名	住 所	電 話
中 央 市	赤岡整形外科医院	中央市西花輪 3591 番地	055-273-1231
	おぎの医院	中央市井之口 980 番地 4	055-274-6100
	きたむらクリニック	中央市若宮 23 番地 2	055-220-4112
	三本松医院	中央市東花輪 66 番地 10	055-274-2711
	玉穂ふれあい診療所	中央市成島 2439 番地 1	055-278-5670
	西野内科医院	中央市山之神 2389 番地 1	055-273-6656
	東花輪駅前 小俣内科クリニック	中央市東花輪 669 番 2	055-274-2553
	古屋クリニック	中央市山之神 1533 番地 21	055-274-3773
	若葉クリニック	中央市浅利 1686 番地 2	055-269-3305
	菊島耳鼻咽喉科医院	中央市西花輪 3599 番地 10	055-274-4133
	ななき在宅クリニック	中央市井之口 1139-1	055-236-8773

中央市役所 こども健康部 健康増進課
電話：055-274-8542



☆☆インフルエンザ予防接種を受けられる方へ☆☆

説明書

インフルエンザ予防接種を希望する人は、以下の事項をよく読んで、その必要性や副反応についてよく理解してください。気にかかることや分からないことがあれば、予防接種を受ける前に、担当の医師や市健康増進課にご相談ください。十分に納得のいかない場合は、接種を受けなくて、納得したあとに接種をしてください。

なお、接種前に予診票へあなたの健康状態を記載していただきますが、予防接種の可否を決める大切な情報です。正しい情報を担当する医師に伝えてください。

インフルエンザワクチンは、新型コロナウイルスワクチンと間隔をあけずに同時接種が可能です。その他ワクチンの同時接種に関しては医療機関へご相談ください。

1 インフルエンザとは

インフルエンザは、インフルエンザウイルスに感染することにより起こります。インフルエンザにかかった人が、咳やくしゃみをするにより、ウイルスが空気中に広がり、それを吸い込むことによって感染します。

インフルエンザの症状は、突然の高熱・頭痛・関節痛・筋肉痛などで、のどの痛み・咳・鼻水などもみられます。普通の風邪に比べて全身症状が強いのが特徴です。気管支炎や肺炎などを合併し、重症化することが多いのもインフルエンザの特徴です。

2 インフルエンザ予防接種の有効性

予防接種を受けてからインフルエンザに対する抵抗力がつくまでに2週間程度かかり、その効果が持続する期間は、約5ヵ月とされています。毎年インフルエンザが流行する前の12月中旬までの接種が効果的です。

3 予防接種を受けたあとの一般的注意事項

- ・接種後30分間で急な副反応が起きた場合は、接種医師にすぐに連絡を取ってください。
- ・インフルエンザワクチンの副反応の多くは24時間以内に出現します。
この間は体調に十分注意してください。
- ・入浴は差し支えありませんが、注射した部位を強くこすることはやめてください。
- ・接種当日はいつもの生活をしてかまいませんが、激しい運動や大量の飲酒は避けてください。

4 インフルエンザ予防接種の副反応

予防接種の注射の跡が、赤みを帯びたり、はれや痛みが出たりわずかながら熱や寒気、頭痛、全身のだるさがみられることもあります。2～3日の間に治癒します。接種後数日から2週間以内に発熱、頭痛、けいれん、じんましん、呼吸困難等の症状が出現した場合は、予防接種を行った医師にご相談ください。

5 予防接種による健康被害について

予防接種では健康被害（病気になったり障害が残ったりすること）が起こることがあります。インフルエンザ予防接種後に著しい健康被害が発生し、それが予防接種による健康被害であると厚生労働大臣が認定した場合には、予防接種健康被害救済制度に基づき、医療費、医療手当、障害年金、遺族年金、遺族一時金、葬祭料の区分のもと、法律で定められた金額が支給されます。

※申請に必要な手続きなどは、中央市役所こども健康部健康増進課へご相談ください。

また、詳しい情報については、
厚生労働省のホームページを
ご覧ください。



厚生労働省

【お問い合わせ先】

中央市役所 こども健康部
健康増進課 Tel 274-8542

②高齢者新型コロナウイルス感染症予防接種について

【接種期間】

令和8年10月1日（木） ～ 令和9年3月31日（水）

※終了日が高齢者インフルエンザ予防接種と異なりますので、注意願います。

【対象者】

- ①接種日に65歳以上の人。
- ②接種日に60歳～65歳未満で心臓、腎臓、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、またはヒト免疫不全ウイルスにより免疫の機能に日常生活がほとんど不可能な程度の障がいを有する人。

【接種回数】

一人1回

【公費負担額】

7,800円（接種料金の差額は被接種者より徴収してください）。

※生活保護受給者及び特定中国残留邦人等支援給付受給者については、予防接種費免除券持参者に限り全額市で負担（免除券発行は、中央市役所こども健康部健康増進課、玉穂支所、または豊富支所での申請が必要）。

【予診票】

- ・対象者①の人は、郵送にて「予診票」「お知らせ」「説明書」をお送りしています。
※別添のとおり
- ・対象者②の人または、対象者①の人で紛失等により手元にない人は申請にて発行が可能です。
※発行可能場所：中央市役所こども健康部健康増進課、玉穂支所、豊富支所。

◎接種期限（有効期限）外の予診票は使用できません。

- ・対象者①の人は、65歳以上であることを必ずご確認ください。
- ・対象者②に該当し、接種を希望する人には、市役所窓口にて申請の上、発行しています。
- ・予診票は、市が特定の要件を満たす人に交付している金券に相当するものです。必ず予診票に記載された本人であることをマイナ保険証（健康保険証の利用登録がなされたマイナンバーカード）等でご確認をお願いします。

【令和8年度使用するワクチン】

- ・使用するワクチンの抗原組成については、「1価のLP.8.1に対する抗原又は令和8年5月現在流行している変異株に対して、広汎かつ頑健な中和抗体応答又は有効性が示された抗原を含む」こととされています。

（国による今年度の定期接種の位置づけ）

- ・ファイザー社・モデルナ社・武田薬品工業社の1価XFG対応ワクチン
- ・第一三共社・Meiji Seika ファルマ社の1価NB.1.8.1対応ワクチン

（厚生労働省資料より）

中央市新型コロナウイルス感染症予防接種予診票
(色) 白

400-
中央市
様

(例)

令和 8 年度
新型コロナウイルス感染症予防接種予診票

(有効期限：令和 8 年 10 月 1 日 ～令和 9 年 3 月 31 日)



30

生年月日 昭和 年 月 日 (歳)

診察前の体温 度 分

※質問事項への回答は、受診する前にあらかじめ記入してください。

質 問 事 項	回答欄	医師記入欄
今日の新型コロナウイルス感染症の予防接種について中央市から配られている説明書を読みましたか。	はい いいえ	
今日の予防接種の効果や副作用などについて理解しましたか。	はい いいえ	
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。 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いわれましたか。	はい いいえ 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	
薬や食品で皮膚に発疹やじんましんが出たり、体の具合が悪くなったことがありますか。	はい いいえ	
新型コロナウイルス感染症の予防接種を受けたことがありますか。 ○ その際に具合が悪くなったことはありますか。 ○ 新型コロナウイルス感染症以外の予防接種の際に具合が悪くなったことはありますか。	はい いいえ はい いいえ はい いいえ	
ひきつけ(けいれん)を起こしたことがありますか。	はい いいえ	
1ヶ月以内に予防接種を受けましたか。 ○ 予防接種の種類()	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	
その病気を診てもらっている医師に今日の予防接種を受けてよいと言われましたか。	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	

医師記入欄	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。 医師署名又は記名押印
-------	---

ワクチンロット No.	接 種 量	実 施 場 所	接 種 年 月 日	医 師 名
Lot.No.	ml		令和 年 月 日	

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

医師の診察・説明を受け、予防接種の効果や副反応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、本予診票が中央市に提出されることに同意します。

令和 年 月 日 被接種者自署
(※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)

-----切り取り線(接種者本人が切り離さないでください。)-----

高齢者新型コロナウイルス感染症予防接種済証明書

※この「新型コロナウイルス感染症予防接種済証明書」は、本日の予防接種の接種記録です。個人で大切に保管してください。

被接種者氏名	ワクチンロット No.	実施場所 ・ 医師名 ・ 接種年月日
	新型コロナウイルス感染症 ワクチン	実施場所 医師名
	Lot.No.	接種年月日 令和 年 月 日

・中央市新型コロナウイルス感染症予防接種についてのお知らせ

(表面)

令和8年度 中央市新型コロナウイルス感染症予防接種についてのお知らせ

(1) 対 象 者

- ① 接種日当日に満 65 歳以上で、新型コロナウイルス感染症の予防接種を希望する人。
 - ② 接種日に 60～65 歳未満の人で、心臓、腎臓、呼吸器の機能やヒト免疫不全ウイルスによる免疫の機能不全にて日常生活がほとんど不可能な程度の障がい（障がい者手帳 1 級程度）を有する人として厚生労働省令で定められる人。
- ※「その他の障がい」に該当する人で、1 級程度の障がいがある旨の医師の意見書が必要です。

ただし、以下に該当する人は接種を受けることはできません。

予防接種ができない人	予防接種を受ける際に、担当医師と相談する必要がある人
① 明らかに発熱している人（一般的に 37.5℃を指しますが、37.5℃を下回る場合も平時の体温に鑑みて発熱と判断される場合はこの限りではありません） ② 重い急性疾患にかかっている人 ③ <u>新型コロナウイルス感染症ワクチンの成分に対し重度の過敏症^{*1}の既往歴のある人</u> （*1 アナフィラキシーや全身性の皮膚・粘膜症状・喘鳴、呼吸困難、頻脈、血圧低下等、アナフィラキシーを疑わせる複数の症状） ④ 主担当医師が不適当な状態と判断した人	① 抗凝固療法を受けている人、血小板減少症または凝固障害のある人 ② 過去に免疫不全の診断を受けた人、近親者に先天性免疫不全症の方がいる人 ③ 心臓、腎臓、肝臓、血液疾患や発育障害などの基礎疾患のある人 ④ 過去に予防接種を受けて、接種後 2 日以内に発熱や全身性の発疹などのアレルギーが疑われる症状がでた人 ⑤ 過去にけいれんを起こしたことがある人 ⑥ <u>新型コロナウイルス感染症ワクチンの成分に対して、アレルギーが起こるおそれがある人</u>

注）過去に薬剤で過敏症やアレルギーを起こしたことがある人は、接種前の診察時に必ず医師に伝えてください。

(2) 接種回数 1 年に 1 回

(3) 接種期間 令和8年10月1日～令和9年3月31日（注：接種日当日に満 65 歳以上の人）

(4) 自己負担額 医療機関ごとに定める接種費用から公費助成額（7,800円）を差し引いた額
 ※生活保護受給者及び特定中国残留邦人等支援給付受給者は予防接種費用免除券発行により、市が接種費用を全額負担いたします。申請が必要なため、中央市役所こども健康部健康増進課・玉穂支所・豊富支所までご来庁ください。

(5) 接種方法 事前に医療機関へ確認の上、予診票を持参し接種してください。

(6) 持 ち 物 中央市新型コロナウイルス感染症予防接種予診票・マイナ保険証（健康保険証の利用登録がなされたマイナンバーカード）等
 ※予診票は、医療機関受診前に事前に記入をしてください。

(7) 注意事項

- ・予診票を提示せずに接種した場合は助成が受けられません。（ご注意ください）
- ・予診票は本人しか使用できません。
- ・この予防接種は、予防接種法により個人の意思と責任で、接種を希望する場合に限り実施されます。接種前に同封の注意事項をよくお読みください。
- ・予防接種を受ける人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確認をすることは認められ、接種を希望することが確認できた場合に限り接種を行うことができます。
- ・対象者の意思確認ができない場合、予防接種法に基づいた予防接種を行うことができません。

(裏面)

中央市内新型コロナウイルス感染症予防接種協力医療機関一覧

◎この一覧は、協力医療機関の一例で、掲載のない市外の医療機関でも接種可能です。
詳しくは、接種予定の医療機関もしくは、中央市こども健康部健康増進課までお問合せください。

※助成が受けられない医療機関（県外の医療機関、県内の一部医療機関）もありますので、ご注意ください。

	医療機関名	住所	電話
中 央 市	赤岡整形外科医院	中央市西花輪 3591 番地	055-273-1231
	おぎの医院	中央市井之口 980 番地 4	055-274-6100
	きたむらクリニック	中央市若宮 23 番地 2	055-220-4112
	三本松医院	中央市東花輪 66 番地 10	055-274-2711
	玉穂ふれあい診療所	中央市成島 2439 番地 1	055-278-5670
	西野内科医院	中央市山之神 2389 番地 1	055-273-6656
	東花輪駅前 小俣内科クリニック	中央市東花輪 669 番地 2	055-274-2553
	古屋クリニック	中央市山之神 1533 番地 21	055-274-3773
	若葉クリニック	中央市浅利 1686 番地 2	055-269-3305
	菊島耳鼻咽喉科医院	中央市西花輪 3599 番地 10	055-274-4133
	ななき在宅クリニック	中央市井之口 1139-1	055-236-8773

中央市役所 こども健康部 健康増進課
電話：055-274-8542

♡♥新型コロナウイルス感染症予防接種を受けられる方へ♡♥

説 明 書

新型コロナウイルス感染症予防接種を希望する人は、以下の事項をよく読んで、その必要性や副反応についてよく理解してください。

気にかかることや分からないことがあれば、予防接種を受ける前に、担当の医師や中央市役所子ども健康部健康増進課（Tel.274-8542）にご相談ください。

十分に納得のいかない場合は、接種を受けないでください。

そして、納得したあとに予診票のく新型コロナウイルス感染症予防接種希望書＞の欄に署名してください。

なお、接種前に予診票へあなたの健康状態を記載していただきますが、予防接種の可否を決める大切な情報です。正しい情報を担当する医師に伝えてください。

1 新型コロナウイルス感染症について

新型コロナウイルス（SARS-CoV-2）による感染症が発症すると、熱や咳など風邪によく似た症状がみられます。軽症のまま治癒する人も多い一方、重症化すると、呼吸困難などの肺炎の症状が悪化し、死に至る場合もあります。

2 感染症の予防

予防の基本は、流行する前に予防接種を受けることです。しかし予防接種を受けても、発症等を完全に予防できるわけではありません。ワクチン接種にかかわらず、マスク・うがいや手洗いの励行等の感染防止策を行うとともに、日ごろから十分な栄養や休息をとることも大事です。

3 予防接種対象者（公費助成対象者）

予防接種法で定められた新型コロナウイルス感染症予防接種の対象者は、65歳以上の高齢者及び60歳以上65歳未満の人であって、心臓、腎臓も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に障がいがある人です。

しかし、接種を受ける義務はなく、あくまでも本人が希望する場合に限り接種を行います。

（1）予防接種を受けることができない人

- ① 明らかに発熱している人（一般的に 37.5℃を超える場合。ただし、37.5℃以下であっても平時の体温に鑑みて発熱と判断される場合）
- ② 重い急性疾患にかかっている人
- ③ 本ワクチンの成分に対し、重度の過敏症（アナフィラキシーや、全身性の皮膚・粘膜症状、喘息、呼吸困難、頻脈、血圧低下等、アナフィラキシーを疑わせる複数の症状。）の既往歴のある人
- ④ 上記以外で、予防接種を受けることが不適当な状態にある人

（2）予防接種を受けるに当たり注意が必要な人

- ① 抗凝固療法を受けている人、血小板減少症または凝固障害のある人

(裏面)

- ② 過去に免疫不全の診断を受けた人、近親者に先天性免疫不全症の方がいる人
- ③ 心臓、腎臓、肝臓、血液疾患や発育障害などの基礎疾患のある人
- ④ 過去に予防接種を受けて、接種後 2 日以内に発熱や全身性の発疹などのアレルギーが疑われる症状が出た人
- ⑤ 過去にけいれんを起こしたことがある人
- ⑥ 本ワクチンの成分に対して、アレルギーが起こるおそれがある人

＊過去に、薬剤で過敏症やアレルギーを起こしたことのある人は、接種前の診察時に必ず医師へ伝えてください。

4 予防接種を受けたあとの一般的な注意事項

- 接種を受けた後、15 分以上（過去にアナフィラキシーを含む重いアレルギー症状を起こしたことがある人や、気分が悪くなったり、失神等を起こしたことがある人は 30 分以上）、接種を受けた施設でお待ち頂き、体調に異常を感じた場合は速やかに医師へ連絡して下さい。
- 入浴は差し支えありませんが、注射した部位はこすらないようにしてください。
- 通常の生活は問題ありませんが、激しい運動や過度の飲酒は控えてください。

5 副反応について

- 注射した部位の痛み、頭痛、関節や筋肉の痛み、疲労、寒気、発熱等があります。また、稀に起こる重大な副反応として、ショックやアナフィラキシーがあります。なお、本ワクチンは、新しい種類のワクチンの為、これまでに明らかになっていない症状が出る可能性があります。接種後に気になる症状があった場合は、接種医に相談してください。
- ごく稀ではあるものの、ワクチン接種後に心筋炎や心膜炎を疑う事例が報告されています。接種後数日以内に胸の痛みや動悸、息切れ、むくみ等の症状が現れたら、速やかに医療機関を受診してください。
- ごく稀ではあるものの、mRNA ワクチン接種後にギラン・バレー症候群が報告されています。接種後、手足の力が入りにくい、しびれ等の症状が現れたら、速やかに医療機関を受診してください。

6 予防接種による健康被害について

予防接種では健康被害（病気になったり障害が残ったりすること）が起こることがあります。極めて稀ではあるものの、なくすことができないことから、救済制度が設けられています。

新型コロナウイルス感染症ワクチンの予防接種によって健康被害が生じた場合にも、予防接種法に基づく救済（医療費・障害年金等の給付）が受けられます。

※申請に必要な手続きなどは、中央市役所こども健康部健康増進課へご相談ください。

また、詳しい情報については、厚生労働省のホームページをご覧ください。



厚生労働省

【お問い合わせ先】

中央市役所 こども健康部
健康増進課 TEL 274-8542

③その他（共通事項）

【公費負担金の請求方法について】

- ・本市は、高齢者インフルエンザ・高齢者肺炎球菌感染症・新型コロナウイルス感染症・高齢者の帯状疱疹を共通様式としています。…次ページ参照願います。
- ・予診票は必ず回収し、毎月ごとに取りまとめ、「予防接種料金請求書（B類疾病）」と併せて翌月10日*1までに中央市こども健康部健康増進課まで送付してください。
- ・生活保護等の受給者については、接種者へ本市が交付した「予防接種費免除券」も回収し、予診票と併せて送付してください。
- ・「予防接種料金請求書（B類疾病）」は、中央市ホームページをご確認願います。

市 HP アドレス：https://www.city.chuo.yamanashi.jp/kenkou_fukushi/kenshin/2/8788.html

※検索ページにて「中央市・予防接種・請求書」でも該当ページを検索できます

*1) 3月分の請求は、年度切替による出納閉鎖等が伴うことから、特に期限厳守にて、ご協力願います。

【注意確認事項】

・接種期間について

- ①高齢者インフルエンザ予防接種：令和8年10月1日～令和9年1月31日
- ②高齢者新型コロナウイルス感染症予防接種：令和8年10月1日～令和9年3月31日

・接種対象年齢、期間外接種について

接種対象年齢は、接種日に満65歳以上となります。誕生日以前（65歳未満）に接種を行った場合は、公費助成の対象外となります。

また、接種期間以外での接種を行った場合も、公費助成の対象外となりますので、特段の注意をお願いいたします。

・予防接種にかかわる個別接種契約及び相互乗入について

中央市外の各医療機関におかれましては、中央市民の予防接種を実施する場合は、接種医療施設所在地の市町村との個別接種契約並びに相互乗入（接種医師の承諾）が必要となります。

※詳しくは、所在地の市役所又は役場にお問合せ下さい。

※何か不明な点などありましたら、中央市役所こども健康部健康増進課（TEL：055-274-8542）までご連絡をお願いいたします。

予防接種料金請求書（B 類疾病）

中央市用

（R8.4.1 以降接種適用）

金 額 ￥

公費負担額 高齢者インフルエンザ：2,500円（1人／回）
 高齢者肺炎球菌：5,900円（1人／回）
 高齢者新型コロナウイルス：7,800円（1人／回）
 高齢者带状疱疹 ①生ワクチン：4,500円（1人／回）
 ②組換えワクチン：11,000円（1人／回）

ただし、生活保護及び特定中国残留邦人等支援給付受給者は予防接種費免除券持参者に限り全額公費負担

種 別	接種料金 1人／回	人 数	金 額
高齢者インフルエンザ	2,500円	人	円
高齢者インフルエンザ ※生活保護等受給者	円	人	円
高齢者肺炎球菌	5,900円	人	円
高齢者肺炎球菌 ※生活保護等受給者	円	人	円
高齢者新型コロナウイルス	7,800円	人	円
高齢者新型コロナウイルス ※生活保護等受給者	円	人	円
高齢者带状疱疹 ①生ワクチン	4,500円	人	円
高齢者带状疱疹 ①生ワクチン ※生活保護等受給者	円	人	円
高齢者带状疱疹 ②組換えワクチン	11,000円	人	円
高齢者带状疱疹 ②組換えワクチン ※生活保護等受給者	円	人	円

月分 として上記のとおり請求します。

支払金額は、次の預貯金口座に振り込んで下さい。

令和 年 月 日

医療機関所在地
 医 療 機 関 名
 氏 名
 電 話 番 号

印

中央市長 殿

振込先	支店	当座 普通 口座 No	フリガナ 口 座 名義人	
-----	----	-------------------	--------------------	--

〈 添付書類 〉 予防接種予診票、予防接種費免除券

検 収	上記について検査したところ相違ないことを確認しました。 令和 年 月 日 氏名	印
-----	---	---