

千葉県高齢者新型コロナ予防接種事業実施要綱

（目的）

第1条 この要綱は、予防接種法（昭和23年法律第68号。以下「法」という。）に基づき市長が実施する新型コロナ予防接種（以下「予防接種」という。）の実施に関して必要な事項を定め、もって市民の健康増進を図ることを目的とする。

（実施主体）

第2条 実施主体は、千葉県とする。

（実施方法）

第3条 市長が一般社団法人千葉県医師会及び医療機関と委託契約を締結し、原則として個別接種により行うものとする。

（対象者）

第4条 対象者は、本市に住民登録を有する者であつて、接種時点で次の各号のいずれかに該当する者とする。

（1）65歳以上の者

（2）60歳以上65歳未満の者であつて、心臓、腎臓、呼吸器機能に身体障害1級相当の障害を有する者又はヒト免疫不全ウイルスにより免疫の機能に身体障害1級相当の障害を有する者

2 接種回数は、各年度につき一人1回とする。

（実施期間）

第5条 実施期間は、毎年10月1日から翌年1月31日までとする。ただし、市長が必要と認める場合は期間を延長することができる。

（対象者及び実施期間の変更について）

第6条 第4条に定める対象者及び第5条に定める実施期間について、一時的に変更する場合は、別途定めることとし、ホームページ等により周知するものとする。

（協力医療機関）

第7条 対象者は、原則として一般社団法人千葉県医師会の会員又は市長と委託契約を締結した医療機関等（以下「協力医療機関」という。）にて予防接種を受けるものとする。

2 協力医療機関は、「千葉県高齢者新型コロナ予防接種の手引き」及びワクチンの添付文書の記載事項並びに予防接種関係法令を順守し、医療機関に通常求められる注意義務のもと適切に予防接種を実施するものとする。

(予診票)

第8条 対象者は、市長の指定する高齢者新型コロナ予防接種予診票（様式第1号）を使用するものとする。

2 協力医療機関は、前項の予診票を月ごとに取りまとめ、翌月10日までに市長へ提出するものとする。

(自己負担金)

第9条 予防接種を受けた者（以下「被接種者」という。）は、自己負担金（以下「負担金」という。）として、3,300円（消費税及び地方消費税を含む。）を協力医療機関に支払うものとする。

(自己負担金の免除)

第10条 前条の規定にかかわらず、接種時点で次の各号のいずれかに該当する者は、負担金の全額免除を受けることができる。

(1) 生活保護法（昭和25年法律第144号）の規定による保護を受けている者。

(2) 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）の規定による支援給付を受けている者。

(3) 世帯主及びすべての世帯員が、当該実施期間の属する年度分の地方税法（昭和25年法律第226号）の規定による市町村民税が課されていない者。

2 負担金の免除を受けようとする者は、第8条に定める予診票と併せて、実施医療機関に次の各号に掲げるいずれかの書類を、提出しなければならない。

(1) 介護保険料決定通知書の写し（当該実施期間の属する年度に発行され、かつ、一定の内容が記載されたもの。以下、(2)から(5)の項において同じ。）

(2) 介護保険料変更通知書の写し

(3) 介護保険料決定通知書兼特別徴収開始通知書の写し

(4) 介護保険料変更通知書兼特別徴収中止通知書の写し

(5) 後期高齢者医療限度額適用・標準負担額減額認定証の写し

(6) 生活保護受給証明書（接種時点の受給を証明するもの。以下、(7)も同じ。）

(7) 中国残留邦人等の支援給付受給証明書

(8) 中国残留邦人等の支援給付の支給が決定されていることを証明する旨の記載のある本人確認証の写し

(9) 他市からの転入者については、接種実施前年度の1月1日に居住していた市町村が発行する、世帯全員分の非課税証明書の写し、及び現在の世帯全員が記載されている住民票

3 前項の書類を紛失し又は有しない者で、負担金の全額免除を受けようとする者は、市

長に対し、高齢者インフルエンザ予防接種及び高齢者新型コロナ予防接種自己負担金免除対象確認申請書兼同意書（様式第2号）を提出しなければならない。

- 4 市長は、前項の申請を受けたときは、第1項の要件に該当するか調査し、該当するときは、高齢者新型コロナ予防接種自己負担金免除対象確認書（様式第3号）を、該当しないときは、高齢者新型コロナ予防接種自己負担金確認通知書（様式第4号）を、申請者に交付するものとする。
- 5 申請者は、前項の確認書を交付された場合は、協力医療機関に当該確認書を提出しなければならない。

（償還払いの特例）

第11条 対象者であって、協力医療機関以外の医療機関を利用した被接種者は、市長へ償還払いの請求を行うことができる。

- 2 償還払いを希望する者は、高齢者新型コロナ予防接種償還払い請求書兼委任状（様式第5号）に、予診票及び領収書を添えて、接種日の翌日から起算して5年以内に市長へ提出しなければならない。
- 3 市長は、前項の請求を受けたときは、速やかに請求書を審査し、適当と認めるときは、次の各号に定める額を申請者へ支払うものとする。
 - （1）前条第1項に該当しない者については、接種に要した費用から3,300円を控除した額。ただし、12,167円（「コスタイベ筋注用」の接種を受けた場合は11,033円）を上限とする。
 - （2）前条第1項に該当する者については、接種に要した額。ただし、15,467円（「コスタイベ筋注用」の接種を受けた場合は14,333円）を上限とする。
- 4 市長は、申請書等の虚偽の記載その他不正行為により償還払いを受けた者があるときは、償還払いした額の全部又は一部をその者から返還させることができる。

（副反応の報告）

第12条 協力医療機関は、所定の副反応症状を診断した場合、「定期の予防接種等による副反応疑いの報告等の取扱いについて（平成25年3月30日付健発0330第3号、薬食発0330第1号）」に基づき、速やかに所定の様式又は専用の報告用サイトにて独立行政法人医薬品医療機器総合機構へ報告するものとする。

（事故防止等）

- 第13条 協力医療機関は、事故防止に努めるものとし、当該予防接種にかかる事故等が発生した場合は、速やかに市長に報告するものとする。
- 2 市長は、前項の規定により報告を受けたときは、速やかに医療専門家等により構成する委員会を開催し、その意見に基づいて必要な措置を講ずるものとする。

(健康被害に対する措置)

第14条 被接種者が疾病にかかり、障害の状態になり、又は死亡した場合において、当該健康被害が予防接種を受けたことによるものであると認められた場合は、法により救済手続きを行う。

(その他)

第15条 この要綱に定めのない事項については、「千葉県高齢者新型コロナ予防接種の手引き」、ワクチンの添付文書及び予防接種関係法令の規定に準じる。

附 則

この要綱は、令和6年10月1日から施行する。

【千葉市】 高齢者新型コロナ予防接種予診票

※太線の中を記入してください。

フリガナ				男・女	電話	-	-
氏 名							
住 所	千葉市 区						
生年月日	明治 大正 昭和	年	月	日生 () 歳	本日の体温	度 分	

質 問 事 項	回答欄		医師記入欄
今年度の10月以降、新型コロナの予防接種を受けるのは初めてですか	いいえ	はい	
今日の予防接種について、裏面記載の注意事項を読みましたか(まだの方は必ずお読みください)		はい	
現在、何か病気にかかっていますか(高血圧など、定期的に薬を処方されている疾患も含む) 病名()	はい	いいえ	
今までに心臓病、腎臓病、肝臓病や血液、免疫不全、けいれんの病気など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から今回の予防接種を受けても良いといわれていますか	いいえ	はい	
1か月以内に熱がでたり、病気にかかりましたか 病名()	はい	いいえ	
今、体の具合の悪いところがありますか 悪いところを記入してください()	はい	いいえ	
薬や食べ物でじんましんなどのアレルギーが出たことがありますか それはどのようなものですか()	はい	いいえ	
過去の予防接種についてお聞きます ①新型コロナ予防接種の際に、具合が悪くなったことはありますか ②新型コロナ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 はい	いいえ いいえ	
ひきつけ(けいれん)をおこしたことがありますか 最後のけいれんは()歳頃	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	
1か月以内に予防接種を受けましたか 予防接種名(月 日:)	はい	いいえ	

医師記入欄	以上の問診及び診察の結果、本日の予防接種は(可能 ・ 見合わせる) 本人に対して、予防接種の効果・目的、接種するワクチンの有益性及び副反応並びに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 (ゴム印の場合は押印してください)
-------	---

被接種者の記入欄
医師の診察・説明を受け、予防接種の効果・目的、接種するワクチンの有益性、重篤な副反応の可能性などについて理解した上で、ワクチンの接種を (希望します ・ 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、本予診票が千葉市に提出・保存されることに同意します。
令和 年 月 日 被接種者(または代筆者)自署 (続柄:)
(※自署できない場合は本人の接種意思を確認した上で代筆者が署名し、代筆者氏名及びカッコ内に被接種者との続柄を記載)

メーカー名 Lot No.	接 種 量	医療機関名 接種医師名	
有効期限 年 月 日			
接種年月日 年 月 日			

(切り取り)

【千葉市】 高齢者新型コロナ予防接種(医療機関控)

1 被接種者名 2 生年月日 明治・大正・昭和 年 月 日生
3 接種年月日 年 月 日 4 メーカー名 Lot No.

(切り取り)

【千葉市】 高齢者新型コロナ予防接種済証(本人控)

1 被接種者名 2 生年月日 明治・大正・昭和 年 月 日生
3 接種年月日 年 月 日
4 メーカー名 Lot No.

医療機関名
接種医師名

(あて先) 千葉市長

高齢者インフルエンザ予防接種及び高齢者新型コロナ予防接種 自己負担金免除対象確認申請書兼同意書

高齢者インフルエンザ予防接種及び高齢者新型コロナ予防接種の自己負担金免除対象であることを確認するため、千葉市が、私及び世帯員の、収入・課税状況並びに介護保険に係る所得段階を調査することに同意します。

申請者 及び 対象者	介護保険被保険者証番号		
	ふりがな		
	氏 名		
		(注) 本人が手書きしない場合は、記名押印してください。	
	住 所	〒 千葉市 区	
	電話番号	— —	
	生年月日	明治・大正・昭和 年 月 日	
予防接種の種類	高齢者インフルエンザ ・ 高齢者新型コロナ		
			(注) 両方またはいずれかに○を付けてください。

世帯員(対象者以外で同一世帯の方) (注) 各世帯員本人が手書きしない場合は、記名押印してください。

ふりがな	生年月日	本年1月1日現在の 住所地(市区町村名)
氏 名		
	年 月 日	
	年 月 日	
	年 月 日	

※世帯員が4名以上いる方は、裏面の余白に記載してください。

(申請される方へ)

- ・必要事項をご記入のうえ、千葉市医療政策課へ持参（又は郵送）してください。
- ・本事業の対象は、65歳以上の方及び60歳から64歳までの方で心臓、腎臓、呼吸器機能に身体障害1級相当の障害を有する方又はヒト免疫不全ウイルスにより免疫機能に身体障害1級相当の障害を有する方です。
- ・60歳から64歳までの方で、身体障害者手帳（1級）をお持ちの方は、氏名及び障害名等が記載されている部分の写しを添付してください。
- ・免除対象と確認された方へは、申請した予防接種の種類に基づき、後日、「高齢者インフルエンザ予防接種自己負担金免除対象確認書（様式第3号）」、「高齢者新型コロナ予防接種自己負担金免除対象確認書（様式第3号）」（以下、「確認書」という。）をお送りしますので、医療機関へ提出してください。
- ・「確認書」は、申請者本人の住所地にお送りします。申請者本人以外の方が「確認書」の受け取りを希望する場合は、申請者本人からの委任状を添付してください。
- ・「確認書」の交付には10日程度（土日祝日・年末年始の休日を除く）かかります。

様式第 3 号

年 月 日

様

千葉市長

高齢者新型コロナ予防接種自己負担金免除対象確認書

以下の者について、高齢者新型コロナ予防接種自己負担金免除対象者であることを確認しました。

免 除 対 象 者	ふりがな	
	氏 名	
	住 所	千葉市 区
	生年月日	年 月 日

本確認書の有効期間 年 月 日 から

年 月 日 まで

(申 請 者 の 方 へ)
この確認書を、有効期間内に医療機関に提出し、予防接種を受けてください。

(医療機関の方へ)
予診票にこの確認書を添付して、千葉市医療政策課にご提出ください。

年 月 日

様

千葉市長

高齢者新型コロナ予防接種自己負担金確認通知書

年 月 日付けで提出のあった「高齢者インフルエンザ予防接種及び高齢者新型コロナ予防接種自己負担金免除対象確認申請書兼同意書」により、下記対象者及び対象者の世帯員の収入及び課税状況等を調査しましたが、予防接種自己負担金免除対象者に該当しませんでしたので、通知します。

高齢者新型コロナ予防接種を受ける際は、医療機関に、自己負担金3,300円を支払ってください。

(対象者)

高齢者新型コロナ予防接種費用償還払い請求書兼委任状

(あて先) 千葉市長

申請者(予防接種を受けた方)

氏名:

(注) 本人が手書きしない場合は、記名押印してください。

住所:

連絡先電話番号

高齢者新型コロナ予防接種を受けましたので、費用について以下のとおり請求します。

請求金額 円

予防接種を受けた日	年 月 日		
予 防 接 種 を 受 け た 医 療 機 関			
支払った金額【A】	円		
自己負担額【B】 (どちらかに○)	自己負担金免除対象の方	0 円	
	上記以外の方	3, 3 0 0 円	
請求金額【A - B】	円 (※1)		
受領の委任 (※2) (どちらかに○)	委任しません(私(申請者)の口座への入金を希望します)		
	下記口座名義人へ、請求金の受領を委任します。		
入 金 希 望 口 座	銀行	支店	普通 ・ 当座
	口座番号:		
	ふりがな:		
	口座名義:		

※1 請求額の上限は、自己負担金免除対象の方は15,467円(「コスタイベ筋注用」の接種を受けた場合は14,333円)、それ以外の方は12,167円(「コスタイベ筋注用」の接種を受けた場合は11,033円)となります。

※2 請求金の入金希望口座の名義が申請者と同一の場合は上の「委任しません」に○を、異なる場合は下の「委任します」に○を記入してください。

【添付書類】

①千葉市指定の予診票 ②領収書の原本

※ 本事業の対象は、65歳以上の方及び60歳から64歳までの方で心臓、腎臓、呼吸器機能に身体障害1級相当の障害を有する方又はヒト免疫不全ウイルスにより免疫機能に身体障害1級相当の障害を有する方です。