

令和7年度 高齢者用肺炎球菌予防接種について

接種の概要について

➤ 接種期間

令和7年4月1日（火）から令和8年3月31日（火）まで（休診日は除く）

➤ 対象者

これまでに23価肺炎球菌ワクチン（ニューモバックス）の接種を受けたことのない方で、次に該当する方

(1) 65歳の者（接種時点）

※令和6年度中に65歳の誕生日を迎えた方は、66歳の誕生日前日まで定期接種の対象となります。令和6年度の予診票を使用し、接種していただいて構いません。

(2) 60歳以上65歳未満の者であって、心臓、腎臓、膀胱腎臓、小腸、肝臓又は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害を有する者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害を有する者⇒ 市から配布する予診票に『**身障**』と明記

市で身体障害者手帳等により把握できる対象者の方については、事前に予診票を送付しています。

それ以外の方で医師の判断として(2)に該当すると思われる場合は、市こども保健課へ御連絡ください。

委託料等について

➤ 1件当たり委託料

接種料は、ワクチン代、注射器代及び診断料を含め7,700円です。

区分	委託料	自己負担金
接種者	5,200円	2,500円
生活保護者	7,700円	—
予診のみの者	1,500円	—

- ※ 生活保護者は、生活保護証明を持参した者に限ります。
- ※ 生活保護証明については、阿久根市福祉課保護係（73-1242）へお問合せください。

➤ 接種費用の請求

予診票と実施報告書兼請求書を、**事業実施の翌月15日までに**市こども保健課へ御提出ください。

- ※ 1 予診票には、協力医療機関名及びロット番号の記入、押印をお願いします。
- ※ 2 委託料振込先が、前年度又は前月提出分から変更がない場合、記入は不要です。

請求書提出月の翌月に、委託料を支払います。

高齢者用肺炎球菌予防接種実施報告書（4月分）

令和7年度の高齢者用肺炎球菌予防接種の結果を、次のとおり報告します。

区分	A+B 接種者+生活保護者接種者	(3 人)
	C 予診のみで接種をしなかった人	(人)
委託料	A 接種者 2 人 × 5,200 円 =	10,400 円
	B 生活保護者接種者 1 人 × 7,700 円 =	7,700 円
	C 予診のみ 人 × 1,500 円 =	円
	合 計	18,100 円
	(消費税率 10% 消費税	円)

(注) 高齢者用肺炎球菌感染症予防接種予診票を添付して

令和 7 年 5 月 10 日

消費税額はこちらで記載しますので空欄をお願いします。

医療機関名 阿久根市役所病院

(宛先) 阿久根市長 西 平 良 将

請 求 書

金 18,100 円也

ただし、令和7年度（4月分）高齢者用肺炎球菌予防接種委託料として

令和 7 年 5 月 10 日

請求者住所 阿久根市鶴見町200番地

医療機関名 阿久根市役所病院

代表者名 院長 阿久根 一郎

登録番号 T000000000



(宛先) 阿久根市長 西 平 良 将

高齢者用肺炎球菌予防接種について

➤ 接種方法

23価肺炎球菌莢膜ポリサッカライドワクチン（ニューモバックスNP）0.5mlを、
1回皮下又は筋肉内に注射

- ※1 プレベナー13は定期接種には使用しないでください。（任意接種での使用は可）
- ※2 「肺炎球菌予防接種を受けられる方へ」を接種対象者に読んでいただいてから接種してください。

➤ ワクチンについて

各医療機関で準備し、8℃以下で保管してください。

➤ 接種後の注意

予防接種後の入浴は構いませんが、大量の飲酒、激しい運動は避けるよう御指導ください。

➤ 予防接種済証

接種後、接種済証に予防接種の接種年月日及び医療機関を記入後、接種者にお渡しください。

健康手帳をお持ちの方へは、接種済証を健康手帳に貼付するよう御指導ください。

その他

- 予診票等の配布時期
阿久根市に住所を有する65歳になる方へ
誕生月の前月末に配布

- 予診票の用紙について
高齢者用肺炎球菌の予診票は**もえぎ色**の用紙です。

接種過誤を防止するために、市から配布した予診票以外は使用しないようお願いいたします。

「対象者氏名」が印字してあるもの

紛失等の場合は、必ず市こども保健課
保健予防係まで御連絡ください。

〒899-1696 阿久根市鶴見町 200 番地 阿久根 太郎 様		65 歳の誕生日から有効	
◎予診票の質問事項等（太枠内）は全項目、回答してください。（ボールペン書）			
令和 7 年度 高齢者用肺炎球菌ワクチン予防接種予診票 阿久根市			
住所	阿久根市鶴見町 200 番地	接種時点で65歳であることを確認してください。（※65歳以外は対象外）	性 別 男
氏名	阿久根 太郎		
生年月日	昭和〇〇年△月×日生	(満 歳)	
電話番号		診察前の体温	度 分
質問事項		回答欄	医師記入欄
肺炎球菌ワクチン（ニューモバックスNP）の予防接種を受けたことがありますか。		はい いいえ	はいの場合は接種不可
今日の肺炎球菌ワクチンの予防接種について市町村から配られている説明書を読みましたか。			
今日の予防接種の効果や副反応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。		はい いいえ	
具合の悪い症状を書いてください。（ ）		はい いいえ	
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	
1ヶ月以内に予防接種を受けましたか。		はい いいえ	
予防接種名（ ）		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（ ）		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		はい いいえ	
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（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、説明をした。			
ワクチンロット No.		皮下注射・筋肉内注射の別	接種量
Lot No.			0. 5 mL
		実施場所 医師名	接種年月日
		記入漏れにご注意ください。	令和 年 月 日
高齢者用肺炎球菌ワクチン予防接種希望書（医師の診察結果、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、予防接種の効果や目的、重篤な副反応などの可能性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、本予診票が市町村に提出されることについて同意します			
令和 年 月 日 被接種者署名			
署名してあるか確認してください。			
代筆の場合は代筆者氏名、続柄も記入してください。			
例）阿久根 太郎（代筆 阿久根花子：妻）			
（※自署できないものは代筆者が署名し、代筆者氏名及び被接種者との続柄を記載）			