

令和8年度 帯状疱疹予防接種について



接種の概要について

➤ 接種期間

令和8年4月1日（水）から令和9年3月31日（水）まで（休診日は除く）

➤ 対象者

- (1) 令和8年度内に65歳・70歳・75歳・80歳・85歳・90歳・95歳・100歳になる方
- (2) 60歳以上65歳未満の者であって、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

※ 過去に帯状疱疹ワクチン予防接種歴のある方は基本的に対象外となりますが、医師が必要と認めた場合は対象となる場合があります。

※ 過去に帯状疱疹に罹患したことのある方も対象となります。

年齢	生年月日	年齢	生年月日
65歳	昭和36年4月2日～昭和37年4月1日	70歳	昭和31年4月2日～昭和32年4月1日
75歳	昭和26年4月2日～昭和27年4月1日	80歳	昭和21年4月2日～昭和22年4月1日
85歳	昭和16年4月2日～昭和17年4月1日	90歳	昭和11年4月2日～昭和12年4月1日
95歳	昭和6年4月2日～昭和7年4月1日	100歳以上	大正15年4月2日～昭和2年4月1日

带状疱疹ワクチンの種類について

	生ワクチン(阪大微研)	組換えワクチン(GSK社)
接種回数 (接種方法)	1回(皮下注射)	2回(筋肉内注射)
接種スケジュール	—	通常2か月以上の間隔をあける ※病気や治療により、免疫の機能が低下する可能性がある方等は、医師が早期の接種が必要と判断した場合、接種間隔を1か月まで短縮可能
接種できない方	病気や治療によって、免疫が低下している方	免疫の状態に関わらず接種可能
	<ul style="list-style-type: none"> ・接種前に発熱(37.5度以上)している方 ・重篤な急性疾患に罹っている方 ・带状疱疹ワクチン(生ワクチン、組換えワクチン)の成分によってアナフィラキシーを起こしたことがある方 	
接種に注意が必要な方	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両方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。	筋肉内に接種をするため、血小板減少症や凝固障害を有する方、抗凝固両方を実施されている方は注意が必要です。
	<ul style="list-style-type: none"> ・心臓血管系疾患、腎臓疾患、肝臓疾患、血液疾患等の基礎疾患のある方 ・免疫不全と診断されている方 ・近親者に先天性免疫不全症の方がいる方 ・带状疱疹ワクチン(生ワクチン、組換えワクチン)の成分に対してアレルギーを起こすおそれのある方 	

接種料(委託料・自己負担額)について

▶ 1件当たり接種料

接種料は、ワクチン代、注射器代及び診断料を含めた金額です。

生ワクチン

区分	委託料	自己負担金
接種者	5,960円	2,500円
生活保護者	8,460円	0円

組換えワクチン(1回当たり)

区分	委託料	自己負担額
接種者	15,160円	6,500円
生活保護者	21,660円	0円

※ 生活保護者は、生活保護証明を持参した者に限りです。
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。

带状疱疹ワクチン予防接種について

▶ 接種方法

- ・ 生ワクチンの場合、乾燥弱毒生水痘ワクチン（ビケン）を添付の溶剤0.7mlで溶解し、その0.5mlを皮下に注射する。
- ・ 組換えワクチンの場合、乾燥組換え带状疱疹ワクチン（シングリックス）を添付の溶解用液全量で溶解し、0.5mlを筋肉内に注射する。

※ 「带状疱疹ワクチン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下さるようお願いいたします。

▶ 同時接種・接種間隔

医師が特に必要と認めた場合は、他のワクチンと同時接種が可能です。ただし、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ください。

▶ ワクチンについて

各医療機関で準備してください。

▶ 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、接種済証を貼付するよう御指導ください。

予診票について

➤ 予診票等の配布時期

対象者へ **3月末**に配布

※ 予診票は1枚のみ配布し、組換えワクチンを接種された方の2回目の予診票は、1回目接種翌月末に対象者へ送付します。

➤ 予診票の用紙について

带状疱疹ワクチンの予診票は**黄色**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

令和8年度以外の予診票は使用できません。

60~64歳の対象の方へは次の文言を記載しています。

【身障】

◎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8年度 带状疱疹予防接種予診票 阿久根市

住所 阿久根市鶴見町200番地
氏名 阿久根 太郎 性別 男
生年月日 昭和○○年八月××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
带状疱疹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）前回接種したワクチンの種類、接種年月日を記載してください。 （注1）ワクチンの種類は①シングリックス（組換えワクチン）、②特効薬と水痘ワクチン「ビケン」（生ワクチン）、③その他のうち、いずれか一つを○で囲んでください。	いいえ はい ①/②/③ 年 月 日	
今日の带状疱疹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。	はい いいえ	
現在、何か病気にかかっていますか。 病名（ ）	いいえ はい	
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。	いいえ はい いいえ はい	
免疫不全と診断されたことがありますか。	いいえ はい	
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。（ ）	いいえ はい	
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。	いいえ はい	
これまでに予防接種を受けて具合が悪くなったことがありますか。 予防接種の種類（ ）	いいえ はい	
ひきつけ（けいれん）をおこしたことがありますか。	いいえ はい	
1ヶ月以内に予防接種を受けましたか。 予防接種名（ ）	いいえ はい	
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（ ）	いいえ はい	
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（ ）	いいえ はい	
6か月以内に輸血あるいはガンマグロブリン療法を受けたことがありますか。 今 該当する方に○をつけてください。	いいえ はい はい いいえ	

医師記入欄 以上の問診の結果、今日の予防接種（可能・見合わせる）
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
ご注意ください。 医師署名又は記名押印

ワクチンロ	番号	接種方法	接種量	実施場所・医師名・接種年月日
ワクチン名		シングリックス	0.5ml	実施場所
Lot No.		筋肉内注射		医師名
		皮下注射		接種年月日 令和 年 月 日

带状疱疹予防接種希望書（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）
医師の診察結果を記載してください。接種を希望しない場合は「接種を希望しません」と記載してください。
署名してあるか確認してください。代理の場合は代理人氏名、候補も記入してください。
（例）阿久根 太郎（代理 阿久根花子 妻）
この予診票を理特の上、本市診療所（町村）に提出されることにより、接種を受けることとなります。接種を受ける場合は、接種希望書と併せて提出してください。
（※任意で記載可能なものは代理人が署名し、代理人氏名及び接種場所などの範囲を記載）

委託料請求について

➤ 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。

組換えワクチンを接種した方の2回目の予診票を送付するため、**確実な提出**をお願いします。

※ 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。



請求書提出月の翌月に、委託料を支払います。

带状疱疹予防接種実施報告書(4月分)

令和8年度の带状疱疹予防接種の結果を、次のとおり報告します。

区分	組換えワクチン	A 接種者	(15 人)
		B 生活保護者接種者	(2 人)
	生ワクチン	C 接種者	(5 人)
		D 生活保護者接種者	(人)
委託料	A 組換えワクチン接種者	15 人 × 15,160 円 =	227,400 円
	B 組換えワクチン生活保護者接種者	2 人 × 21,660 円 =	43,320 円
	C 生ワクチン接種者	5 人 × 5,960 円 =	29,800 円
	D 生ワクチン生活保護者接種者	人 × 8,460 円 =	円
合計		300,520 円	

(消費税率 10% 消費税 円)

(注) 带状疱疹予防接種予診票を添付してください。

令和 8 年 5 月 11 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 300,520 円也

ただし、令和8年度(4月分)带状疱疹予防接種委託料として

令和 8 年 5 月 11 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

その他

➤ 令和9年度以降の対象者

	R9	R10	R11
65歳	S37.4.2～S38.4.1	S38.4.2～S39.4.1	S39.4.2～S40.4.1
70歳	S32.4.2～S33.4.1	S33.4.2～S34.4.1	S34.4.2～S35.4.1
75歳	S27.4.2～S28.4.1	S28.4.2～S29.4.1	S29.4.2～S30.4.1
80歳	S22.4.2～S23.4.1	S23.4.2～S24.4.1	S24.4.2～S25.4.1
85歳	S17.4.2～S18.4.1	S18.4.2～S19.4.1	S19.4.2～S20.4.1
90歳	S12.4.2～S13.4.1	S13.4.2～S14.4.1	S14.4.2～S15.4.1
95歳	S7.4.2～S8.4.1	S8.4.2～S9.4.1	S9.4.2～S10.4.1
100歳	S2.4.2～S3.4.1	S3.4.2～S4.4.1	S4.4.2～S5.4.1
60歳～64歳	・ 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する者		