

令和 7 年設楽町告示第 1 6 号

設楽町帯状疱疹予防接種費用助成事業実施要綱を次のように定める。

令和 7 年 4 月 2 1 日

設楽町長 土 屋 浩

令和 7 年設楽町告示第 1 6 号

設楽町帯状疱疹予防接種費用助成事業実施要綱の一部を改正する要綱

設楽町帯状疱疹予防接種費用助成事業実施要綱（令和 5 年設楽町告示第16号）の一部を次のように改正する。

第 3 条第 2 項中「、町内医療機関の場合」を削り、「あたり」を「当たり」に改め、同項ただし書を削り、同項各号を削る。

第 6 条第 2 項中「12か月」を「50日」に改め、「予診票」の次に「(様式第 4)」を加える。

第 7 条を第 8 条とし、第 6 条の次に次の見出し及び 1 条を加える。

(接種費用の免除)

第 7 条 町長は、第 2 条に定める助成対象者で接種を受けようとする者が次の各号のいずれかに該当するときは、第 3 条第 2 項に定める接種費用を免除することができる。

- (1) 生活保護法(昭和25年法律第144号)により保護を受けている世帯に属する者
- (2) その他町長が特に必要と認める者

様式第 2 を次のように改め、様式第 3 の次に様式第 4 を加える。

様式第 2（第 6 条関係）

設楽町带状疱疹予防接種費助成金請求書

年 月 日

带状疱疹予防接種費助成金を下記のとおり請求します。

金 額 円

被接種者	住 所	
	氏 名	
	生年月日	年 月 日
	電 話	
接種状況	実施年月日	
	医療機関名	
添付書類		領収書、予診票

設楽町長 殿

請求者 住所
氏名

振込先

銀行 組合 信用金庫		店
種 別	普通 当座	フリガナ 口座名義
口座番号		

様式第4（第5条関係）

帯状疱疹ワクチン予防接種予診票

設楽町

接種を希望される方へ：太枠内にご記入ください。

		診察前の体温	度	分
住 所	設楽町	電話番号		
氏 名	男 ・ 女	家族の氏名		
生 年 月 日	大正 ・ 昭和 年 月 日生 （満 歳）			

質 問 事 項	回 答 欄		医師記入欄
帯状疱疹の予防接種を受けたことがありますか。	いいえ	はい	
（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乾燥弱毒生水痘ワクチン「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。	① / ② / ③ 年 月 日		
今日の帯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	
今日の予防接種の効果や副反応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（ ）	いいえ	はい	
治療（投薬など）を受けていますか。	いいえ	はい	
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。	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）を起こしたことがありますか。	いいえ	はい	
1か月以内に予防接種を受けましたか。 予防接種の種類（ ）	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か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の注射を受けましたか。	いいえ	はい	
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（実施できる・見合わせた方がよい）と判断します。
接種を受ける本人又は家族に対して、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ました。

医師署名または記名押印

ワクチンロット番号	接種方法		接種量	実施場所・医師名・接種年月日	
ワクチン名 Lot No. (注)有効期限が切れていないか要確認	シングリックス 筋肉内注射	乾燥弱毒生水痘ワクチン「ビケン」 皮下注射	0.5 ml	実施場所 医師名 接種年月日	年 月 日

帯状疱疹予防接種希望書（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、本予診票が市町村に提出されることに同意します。
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)

附 則

この告示は、令和 7 年 4 月 22 日から施行し、令和 7 年 4 月 1 日から適用する。

設楽町带状疱疹予防接種費用助成事業実施要綱（令和5年設楽町告示第16号）新旧対照表

改正後	改正前
（助成回数及び助成金額） 第3条 （略） 2 助成金の額は_____、予防接種1回に<u>当たり</u>、接種費用の2分の1を上限とする。 _____ _____ 3・4 （略） （自主接種の助成等） 第6条 （略） 2 前項に規定する助成金の交付を受けようとする者は、予防接種を受けた時から<u>50日</u>以内に設楽町带状疱疹予防接種費用助成金請求書（様式第2）、自主接種の領収書及び予診票（様式第4）を町長に提出するものとする。 3 （略） <u>（接種費用の免除）</u> 第7条 町長は、第2条に定める助成対象者で接種を受けようとする者が次の各号のいずれかに該当するときは、第3条第2項に定める接種費用を免除することができる。 <u>(1) 生活保護法（昭和25年法律第144号）により保護を受けている世帯に属する者</u> <u>(2) その他町長が特に必要と認める者</u> 第8条 （略）	（助成回数及び助成金額） 第3条 （略） 2 助成金の額は、<u>町内医療機関の場合</u>、予防接種1回に<u>あたり</u>、接種費用の2分の1を上限とする。<u>ただし、町外医療機関等場合は、次のとおりとする。</u> <u>(1) シングリックス 10,000円</u> <u>(2) ビケン 4,000円</u> 3・4 （略） （自主接種の助成等） 第6条 （略） 2 前項に規定する助成金の交付を受けようとする者は、予防接種を受けた時から<u>12か月</u>以内に設楽町带状疱疹予防接種費用助成金請求書（様式第2）、自主接種の領収書及び予診票_____を町長に提出するものとする。 3 （略） 第7条 （略）

様式第2 (第6条関係)

様式第2 (第6条関係)

設楽町療状施設等防護種費助成金請求書

年 月 日

療状施設等防護種費助成金を下記のとおり請求します。

金 額 円

被保険者	住 所	
	氏 名	
	生年月日	年 月 日
	電 話	
接種状況	実施年月日	
	医療機関名	
お付書類		領収書、手数料票

設楽町長 殿

請求者 住所
氏名

振込先

		銀行 組合 信用金庫	
種 別	普通 当座	フリガナ 口座名義	店
口座番号			

様式第4 (第5条関係)

[illegible]

様式第2 (第6条関係)

設置町帯状疱疹予防接種費助成金請求書

年 月 日

帯状疱疹予防接種費助成金を下記のとおり請求します。

金 額 円

被接種者	住 所	
	氏 名	
	生年月日	年 月 日
	電 話	
接種状況	実施年月日	
	医療機関名	
添付書類		領収書、予約票

設置町長 殿

請求者 住所
氏名

◎

振込先

銀行 組合 信用金庫		店
種 別	普通 当座	フリガナ 口座名義
口座番号		

追加