

令和8年設楽町告示第20号

設楽町高齢者肺炎球菌予防接種費用助成事業実施要綱の一部を改正する
要綱を次のように定める。

令和8年3月30日

設楽町長 土屋 浩

令和8年設楽町告示第20号

設楽町高齢者肺炎球菌ワクチン予防接種費用助成事業実施要綱の
一部を改正する要綱

設楽町高齢者肺炎球菌ワクチン予防接種費用助成事業実施要綱(令和6年設楽町告示第19号)の一部を次のように改正する。

第2条を削り、第3条を第2条とする。

第4条中「23価肺炎球菌ワクチン」を「生涯に1回限り、肺炎球菌ワクチン」に、「1人につき1回に限り4,000円とする」を「予防接種に要する費用の半額を負担するものとする。ただし、100円未満が発生した場合は切り上げる」に、「ただし」を「また」に改め、同条を第3条とし、第5条を第4条とし、第6条を第5条とする。

第7条第1項中「1カ月毎」を「1箇月ごと」に、「成人用」を「高齢者用」に改め、同条第2項中「成人用」を「高齢者用」に改め、同条を第6条とする。

第8条を第7条とし、第9条を第8条とする。

様式第1から様式第4までの規定中「第7条」を「第6条」に改める。

様式第4を次のように改める。

様式第4（第6条関係）

高齢者用肺炎球菌感染症予防接種予診票

設楽町

定期接種
接種時65歳

緊急連絡先	住所（ ）	診察前の体温	度 分	
住 所	北設楽郡設楽町			
（ふりがな） 氏 名	性別	男・女	年齢	歳
	生年月日	大・昭 年 月 日		
質 問 事 項		回 答 欄	医師記入欄	
肺炎球菌感染症の予防接種を受けたことがありますか。		はい	いいえ	
今日の肺炎球菌感染症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（ ）		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。具合の悪い部位を書いてください。 （ ）		はい	いいえ	
最近あまり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	
ひきつけ（けいれん）を経験し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（ ）		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実施後感染予防策について、説明した。 医師署名又は記名押印			
ワクチンロット番号	接種方法・接種	実施場所・医師名・接種年月日		
ワタシンロ Lot No. （10）右後肩に記されていない場合は	筋肉内注射 0.5 ml	実施場所 医師名 接種年月日	年	月 日

高齢者用肺炎球菌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、本予診票が市町村に提出されることに同意します。

年 月 日 接種者自署

（※自署できない者は代筆者が署名し、代筆者氏名及び接種者との住所を記載）

附 則

この要綱は、令和8年4月1日から施行する。

設楽町高齢者肺炎球菌ワクチン予防接種費用助成事業実施要綱（令和6年設楽町告示第19号）新旧対照表

改正後	改正前
<p>(助成対象者)</p> <p>第2条 (略)</p> <p>(助成額等)</p> <p>第3条 町長は、<u>生涯に1回限り</u>、肺炎球菌ワクチン予防接種に係る費用の一部を助成するものとし、助成額は、<u>予防接種に要する費用の半額を負担するものとする。ただし、100円未満が発生した場合は切り上げる。また</u>、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については、予防接種に要する費用の全額を助成する。</p> <p>(事業の委託)</p> <p>第4条 (略)</p> <p>(助成方法)</p> <p>第5条 (略)</p> <p>(費用の請求等)</p> <p>第6条 前条の規定により予防接種を実施した委託医療機関は、実施した予防接種について<u>1箇月ごと</u>にとりまとめて、翌月10日までに、請求書（様式第1）、に、高齢者肺炎球菌ワクチン予防接種実施報告書（様式第3）及び<u>高齢者用肺炎球菌ワクチン</u>予防接種予診票（様式第4）を添付し町長へ請求するものとする。</p> <p>2 委託医療機関で予防接種を受けられない者が、他の医療機関で予防接種を受けた場合は、請求書（様式第2）、<u>高齢者用肺炎球菌ワクチン</u>予防接種予診票（様式第4）、医療機関の領収書を町長に提出するものとする。</p> <p>3 (略)</p>	<p>(ワクチンの種類)</p> <p>第2条 助成の対象となるワクチンは<u>23価肺炎球菌莢膜ポリサッカライドワクチン（以下「23価肺炎球菌ワクチン」という。）とする。</u></p> <p>(助成対象者)</p> <p>第3条 (略)</p> <p>(助成額等)</p> <p>第4条 町長は、<u>23価肺炎球菌ワクチン</u>予防接種に係る費用の一部を助成するものとし、助成額は、<u>1人につき1回に限り4,000円とする</u>。</p> <p>(事業の委託)</p> <p>第5条 (略)</p> <p>(助成方法)</p> <p>第6条 (略)</p> <p>(費用の請求等)</p> <p>第7条 前条の規定により予防接種を実施した委託医療機関は、実施した予防接種について<u>1カ月毎</u>にとりまとめて、翌月10日までに、請求書（様式第1）、に、高齢者肺炎球菌ワクチン予防接種実施報告書（様式第3）及び<u>成人用肺炎球菌ワクチン</u>予防接種予診票（様式第4）を添付し町長へ請求するものとする。</p> <p>2 委託医療機関で予防接種を受けられない者が、他の医療機関で予防接種を受けた場合は、請求書（様式第2）、<u>成人用肺炎球菌ワクチン</u>予防接種予診票（様式第4）、医療機関の領収書を町長に提出するものとする。</p> <p>3 (略)</p>

(不当利得の返還)

第7条 (略)

(その他)

第8条 (略)

様式第1 (第6条関係)

(略)

様式第2 (第6条関係)

(略)

様式第3 (第6条関係)

(略)

様式第4 (第6条関係)

様式第4 (第6条関係) **高齢者用肺炎球菌感染症予防接種予診票** 設表町 定期接種 接種時65歳以上

期を希望先	住所 ()	診察前の体温	度	分
住所	北設楽郡設楽町			
氏名 (ふりがな)	性別	男・女	年齢	満 歳
氏名	生年月日	大・昭	年	月 日

質問事項	回答欄	医師記入欄
肺炎球菌感染症の予防接種を受けたことがありますか。	はい いいえ	
今日の肺炎球菌感染症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。	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	
薬や食品で皮膚に腫れ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	
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か月以内に予防接種を受けましたか。	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ていますか。	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か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	
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後経過観察制度について、説明した。

医師署名又は記名押印

ワクチンロット番号	接種方法・接種	実施場所	実施場所・医師名・接種年月日
Lot No.	筋肉内注射	設楽町	医師名
接種年月日	0.5 ml	接種年月日	年 月 日

高齢者用肺炎球菌感染症予防接種希望書 (問診の結果、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 接種者自筆

(※自筆でない者は代筆者が署名し、代筆者氏名及び接種者との住所を記載)

(不当利得の返還)

第8条 (略)

(その他)

第9条 (略)

様式第1 (第7条関係)

(略)

様式第2 (第7条関係)

(略)

様式第3 (第7条関係)

(略)

様式第4 (第7条関係)

様式第4 (第7条関係) **成人用肺炎球菌ワクチン予防接種予診票** 設表町

接種を希望される方へ！本特内にご記入ください。	予診前の体温	度	分
住所	設楽町	電話番号	() - ()
接種を受ける人の氏名	(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
1ヵ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	
肺炎球菌ワクチンの予防接種を受けたことがありますか。	はい いいえ	
今日の肺炎球菌ワクチンの予防接種について町から配られた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	
今日、体に具合の悪いところがありますか。	はい いいえ	
○具体的な症状を書いてください		
現在、何か病気にかかっていますか。病名 ()	はい いいえ	
その病気を診 (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言われましたか。	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ていますか。	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	
これまでに脾臓 (D-ダウ) の摘出手術を受けたか、免疫不全と診断されたことがありますか。	はい いいえ	
最近1ヵ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 ()		
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	
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。	はい いいえ	
○予防接種の名前 ()		
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) 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後経過観察制度について説明しました。

医師署名又は記名押印

成人用肺炎球菌ワクチン予防接種希望書 (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)

私は、医師の診察・説明を受け、肺炎球菌ワクチン接種の効果や副反応などについて理解した上で、接種を希望しますが、**(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 接種者自筆

(※自筆でない者は代筆者が署名し、代筆者氏名及び接種者との住所を記載)

接種の予診票	接種日時	実施場所・接種医師名・接種年月日
予診票	設楽町 山下 (接種室: 026)	実施場所: 設楽町 設楽町 年 月 日
接種者		