

疾 病 第 1 6 5 号
令和 6 年 4 月 1 日

一般社団法人茨城県医師会長 殿
一般社団法人茨城県病院協会会長 殿

茨城県保健医療部疾病対策課長

「予防接種要注意者紹介制度実施要領」等の一部改正について（通知）

日頃から、感染症対策に格別なる御協力をいただき感謝申し上げます。

今般、「予防接種法第 5 条第 1 項の規定による予防接種の実施について」の一部が改正され、本年 4 月 1 日から新型コロナウイルス感染症が B 類疾病に位置付けられ、五種混合ワクチンが定期の予防接種で使用可能となりました。

つきましては、「予防接種要注意者紹介制度実施要領」、「A 類疾病予防接種要注意者接種業務委託実施要項」及び「B 類疾病予防接種要注意者接種業務委託実施要項」を下記のとおり一部改正することとしましたので、御了知の上、貴会会員への周知について、御対応をよろしくお願ひいたします。

記

1 改正理由

- ・新型コロナウイルス感染症が B 類疾病に位置付けられたため。
- ・Hib 感染症の定期接種に 5 種混合が、小児の肺炎球菌感染症の定期接種に沈降 15 倍肺炎球菌結型ワクチンがそれぞれ使用可能となつたため。

2 改正内容

- （1）本制度の対象となる予防接種に五種混合及び新型コロナウイルス感染症を追加する。
- （2）その他所要の改正

3 適用期日

令和 6 年 4 月 1 日

茨城県保健医療部疾病対策課
感染症対策室予防グループ 田邊
TEL : 029-301-3219
FAX : 029-301-3239

予防接種要注意者紹介制度実施要領

1 目的

この制度は、予防接種法（昭和 23 年法律第 68 号）第 5 条第 1 項の規定に基づく定期の予防接種において、接種要注意者等を必要に応じ専門的な医療機関に紹介することによって、より安全な予防接種の実施を図ることを目的とする。

2 対象者

- (1) 厚生労働省健康・生活衛生局感染症対策部長通知（令和 6 年 3 月 29 日健発 0329 第 2 号） の別添「定期接種実施要領」に定められた予防接種の判断を行うに際して注意を要する者（注 1）（以下「予防接種要注意者」という。）のうち、医師により特に接種の判断が困難であるとされた者。

- (2) 前号以外の者のうち、医学的な理由で、接種の判断が困難であるとされた者。

(注 1)

○ 予防接種要注意者

(定期接種実施要領 第 1 7 (1) 工)

分類番号	判断理由
ア	心臓血管系疾患、腎臓疾患、肝臓疾患、血液疾患、発育障害等の基礎疾患有する者
イ	予防接種で接種後 2 日以内に発熱のみられた者及び全身性発疹等のアレルギーを疑う症状を呈したことがある者 (インフルエンザの定期接種に際しては、接種不適当者となることに注意すること。)
ウ	過去にけいれんの既往のある者
エ	過去に免疫不全の診断がされている者及び近親者に先天性免疫不全症の者がいる者
オ	接種しようとする接種液の成分に対してアレルギーを呈するおそれのある者
カ	バイアルのゴム栓に乾燥天然ゴム（ラテックス）が含まれている製剤を使用する際の、ラテックス過敏症のある者
キ	結核の予防接種にあっては、過去に結核患者との長期の接触がある者 その他の結核感染の疑いのある者
ク	ロタウイルス感染症の予防接種にあっては、活動性胃腸疾患や下痢等の胃腸障害のある者
ケ	その他

3 予防接種名

- (1) A 類疾病予防接種

① 五種混合（百日せき・ジフテリア・破傷風・不活化ポリオ・ヒブ）

② 四種混合（百日せき・ジフテリア・破傷風・不活化ポリオ）

- ③ 三種混合（百日せき・ジフテリア・破傷風）
 - ④ 二種混合（ジフテリア・破傷風）
 - ⑤ 不活化ポリオ
 - ⑥ 麻しん及び風しん混合
 - ⑦ 麻しん
 - ⑧ 風しん
 - ⑨ 日本脳炎
 - ⑩ BCG（結核）
 - ⑪ ヒブ
 - ⑫ 小児用肺炎球菌（13価結合型、15価結合型）
 - ⑬ 子宮頸がん予防（2価、4価及び9価）
 - ⑭ 水痘
 - ⑮ B型肝炎
 - ⑯ ロタウイルス感染症（1価及び5価）
- (2) B類疾病予防接種
- ① インフルエンザ
 - ② 高齢者用肺炎球菌（23価莢膜ポリサッカライド）
 - ③ 新型コロナウイルス感染症

4 接種要注意者受け入れ医療機関

- (1) A類疾病予防接種
- ① 茨城県立こども病院
 - ② 株式会社日立製作所ひたちなか総合病院
 - ③ 株式会社日立製作所日立総合病院
 - ④ 総合病院土浦協同病院
 - ⑤ 筑波大学附属病院
 - ⑥ 土浦協同病院 なめがた地域医療センター
 - ⑦ 筑波メディカルセンター病院
 - ⑧ 茨城西南医療センター病院
 - ⑨ JAとりで総合医療センター
 - ⑩ 茨城県立中央病院
 - ⑪ 常陸大宮済生会病院
 - ⑫ 茨城県西部メディカルセンター
- (2) B類疾病予防接種
- ① 茨城県立中央病院
 - ② 総合病院水戸赤十字病院
 - ③ 株式会社日立製作所日立総合病院
 - ④ 土浦協同病院 なめがた地域医療センター
 - ⑤ 社会福祉法人白十字会白十字総合病院
 - ⑥ JAとりで総合医療センター
 - ⑦ 総合病院土浦協同病院

- ⑧ 筑波大学附属病院
- ⑨ 茨城西南医療センター病院
- ⑩ 茨城県西部メディカルセンター

5 実施方法

(1) 市町村長と接種要注意者受け入れ医療機関の契約

各市町村長は、予防接種要注意者の予防接種に関し、4の医療機関と別に定める契約書に準拠し、委託契約を締結しておくものとする。

(2) 医師による紹介状の提出

- ① 医師（市町村の接種医又はかかりつけ医）は、本制度の対象となる接種希望者について、受け入れ医療機関あてに紹介状（様式は別紙1のとおり）を発行するものとする。なお、この際、接種希望者の住む市町村長が紹介先の受け入れ医療機関と契約していることを確認しておく必要がある。
- ② 医師の紹介状は、異なる予防接種について同じ受け入れ医療機関に紹介する場合（接種希望者が同一人の場合に限る。）、原則として最初に一度提出されれば、繰り返し書かなくてもよいものとする。
- ③ 受け入れ医療機関をかかりつけとする接種希望者については、紹介状がなくともその主治医の判断で本制度を適用しても支障ないものとする。
- ④ 紹介状を発行した医師は、接種希望者から、文書料として実費1,300円を徴収することができるものとする。

(3) 接種希望者の手続

- ① 接種希望者は、市町村の予防接種担当課所に電話をして、市町村長の発行する予防接種依頼書を取り寄せるものとする。

市町村長は、この依頼書を予防接種の種類毎に発行するものとするが、五種混合、四種混合及び三種混合1期初回1～3回及び1期追加、不活化ポリオワクチン初回1～3回及び1期追加、乾燥細胞培養日本脳炎ワクチン1期初回1～2回及び1期追加、ヒブワクチン、小児用肺炎球菌ワクチン、子宮頸がん予防ワクチン、水痘ワクチン、B型肝炎ワクチン、ロタウイルスワクチンについては、一括して発行しても支障ないものとする。

なお、緊急の場合等やむを得ない理由で、接種当日依頼書を持参できない時であっても、受け入れ医療機関が市町村にFAX（様式は別紙2のとおり）又は電話で了解を得た場合は、接種を実施しても支障ないものとする。

- ② 接種希望者は、受け入れ医療機関に予め電話で予約した後、必要書類（注2）を持参するものとする。

(注2) イ 市町村長の発行する予防接種依頼書

- 医師が発行した紹介状
- ハ 母子健康手帳（A類疾病予防接種希望者）
- ニ 健康手帳（B類疾病予防接種希望者）
- ホ 高齢医療受給者証（70歳以上の者及びその他65歳以上70歳未満で市町村長が認定した者）
- ヘ 健康保険証

ト その他必要な書類（医療券、身体障害者手帳など）

（4）受け入れ医療機関における予防接種の実施

- ① 予診には、別に定める「接種要注意者予診票」を使用するものとする。
- ② 受け入れ医療機関の医師は、必要な診察を行った上で接種が可能であると判断した場合は、接種希望者に対して予防接種を実施するものとする。また、接種後の経過観察も当該医療機関で行うものとする。
- ③ 予防接種の費用は、市町村が負担（B類疾病予防接種にあっては、一部負担の場合もある。）するものとする。
なお、市町村が接種費用の一部を負担する場合にあっては、受け入れ医療機関が、被接種者から次の（5）に定める予防接種料金から公費負担額を控除した額を徴収するものとする。
また、検査費用等について、保険診療が適用されない場合は、被接種者がそれらの費用を自己負担するものとする。
- ④ 「接種要注意者予診票」下段の「接種要注意者と判断された理由」の記載については、（注1）表中の分類番号を記入して差し支えないものとする。

（5）予防接種料金

接種要注意者受け入れ医療機関における予防接種料金は、茨城県立こども病院及び茨城県立中央病院（以下「県立病院」という。）にあっては茨城県病院事業の設置等に関する条例により病院事業管理者が定める診療料及び手数料の額（平成18年4月1日付け茨城県病院局告示第1号）に規定する金額とする。また、それ以外の病院にあっては、市町村と個別に契約する金額とする。

（6）委託料の請求

受け入れ医療機関は、本制度により予防接種を行った場合、その費用を各市町村長と受け入れ医療機関との契約に基づき請求するものとする。

（7）長期にわたり療養を必要とする疾病にかかったこと等により定期の予防接種の機会を逸した者の扱い

ロタウイルス感染症及びインフルエンザを除き、施行令第1条の3第2項に規定される長期にわたり療養を必要とする疾病にかかったこと等により接種対象者であった間に定期の予防接種を受けることができなかつたと認められる者については、本制度においても接種対象者とみなすこととする。

（8）健康被害の救済に関する措置

本制度により実施された予防接種により、万一健康被害が発生した場合の対応は、昭和52年3月7日付け衛発第186号厚生省公衆衛生局長通知の例により市町村長が行うものとする。また、発生した健康被害に関して賠償責任が生じた場合においても、医師に故意または重大な過失がない限り、市町村長がその責任を負う。

付 則

この要領は、平成9年12月1日から施行する。

付 則

この要領は、平成10年5月1日から施行する。

付 則

この要領は、平成 14 年 7 月 1 日から施行する。

付 則

この要領は、平成 15 年 4 月 1 日から施行する。

付 則

この要領は、平成 16 年 6 月 7 日から施行する。

付 則

この要領は、平成 17 年 4 月 1 日から施行する。

付 則

この要領は、平成 17 年 6 月 16 日から施行する。

付 則

この要領は、平成 18 年 4 月 1 日から施行する。

付 則

この要領は、平成 18 年 6 月 2 日から施行する。

付 則

この要領は、平成 19 年 5 月 7 日から施行する。

付 則

この要領は、平成 20 年 4 月 16 日から施行する。

付 則

この要領は、平成 22 年 3 月 11 日から施行する。

付 則

この要領は、平成 23 年 4 月 1 日から施行する。

付 則

この要領は、平成 24 年 4 月 1 日から施行する。

付 則

この要領は、平成 24 年 6 月 1 日から施行する。

付 則

この要領は、平成 24 年 9 月 1 日から施行する。

付 則

この要領は、平成 24 年 11 月 1 日から施行する。

付 則

この要領は、平成 25 年 4 月 1 日から施行する。

付 則

この要領は、平成 26 年 10 月 1 日から施行する。

付 則

この要領は、平成 28 年 10 月 1 日から施行する。

付 則

この要領は、令和 2 年 10 月 1 日から施行する。

付 則

この要領は、令和 5 年 4 月 1 日から施行する。

付 則

この要領は、令和6年4月1日から施行する。

予防接種要注意者紹介制度紹介状

令和 年 月 日

紹介先医療機関等名

科 先生

医療機関名

所在地

TEL

FAX

医師氏名

氏名		性別	男・女
生年月日	M・T・S・H・R 年 月 日	生()歳	

【要注意者と判断された理由】※該当するものにチェックしてください。

- ア 心臓血管系疾患、腎臓疾患、肝臓疾患、血液疾患、発育障害等の基礎疾患有する者
- イ 予防接種で接種後2日以内に発熱のみられた者及び全身性発疹等のアレルギーを疑う症状を呈したことがある者（なお、インフルエンザの定期接種に際しては、接種不適応者になることに注意すること）
- ウ 過去にけいれんの既往のある者
- エ 過去に免疫不全の診断がされている者及び近親者に先天性免疫不全症の者がいる者
- オ 接種しようとする接種液の成分に対してアレルギーを呈するおそれのある者
- カ バイアルのゴム栓に乾燥天然ゴム（ラテックス）が含まれている製剤を使用する際の、ラテックス過敏症のある者
- キ 結核の予防接種にあっては、過去に結核患者との長期の接触がある者その他の結核感染の疑いのある者
- ク 口タウイルス感染症の予防接種にあっては、活動性胃腸疾患や下痢等の胃腸障害のある者
- ケ その他 上記以外の理由

【現病歴（疾病名等）】

【既往歴・家族歴】

【症状・治療経過、現在の処方等】

【その他連絡事項等】

受け入れ医療機関→市町村への連絡用

(緊急等やむを得ない理由で、接種当日に市町村長発行の依頼書を取り寄せられない場合のみ使用)

(市・町・村)長 殿

「予防接種要注意者紹介制度」による受診のお知らせ

下記の者について、当院において、接種要注意者として定期の予防接種を実施いたしますので
ご了解願います。

氏名	
生年月日	M・T・S・H・R 年 月 日生 (満 歳 力月)
住所	〒
電話番号	
予防接種名 (○で囲む)	<p>五種混合(DPT-IPV-Hib) 1期初回()回目 ・ 1期追加</p> <p>四種混合(DPT-IPV) 1期初回()回目 ・ 1期追加</p> <p>三種混合(DPT) 1期初回()回目 ・ 1期追加</p> <p>二種混合(DT)</p> <p>不活化ポリオ 初回()回目 ・ 追加</p> <p>麻しん風しん混合 ()期</p> <p>麻しん ()期</p> <p>風しん ()期</p> <p>日本脳炎 ()期()回目</p> <p>BCG</p> <p>ヒブ ()回目</p> <p>小児用肺炎球菌 ()回目</p> <p>子宮頸がん予防 (2価 ・ 4価 ・ 9価) ()回目</p> <p>水痘 ()回目</p> <p>B型肝炎 ()回目</p> <p>ロタウイルス(1価 ・ 5価) ()回目</p> <p>インフルエンザ</p> <p>高齢者用肺炎球菌</p> <p>新型コロナウイルス感染症</p>

令和 年 月 日

(受け入れ医療機関名)

(医 師 氏 名)

※本書記入後、該当市町村へFAXで送信してください。

A類疾病予防接種要注意者接種業務委託実施要項

1 目的

この要項は、予防接種要注意者接種業務委託契約書に定めるもののほか、委託業務の実施に関し必要な事項を定めるものとする。

2 対象者

- (1) 厚生労働省健康・生活衛生局感染症対策部長通知（令和6年3月29日健発0329第2号） の別添「定期接種実施要領」に定められた予防接種要注意者（注1）に該当する者のうち、医師により特に接種の判断が困難であるとされた者。
- (2) 前号以外の者のうち、医学的な理由で接種の判断が困難であるとされた者。

※注1 接種の判断を行うに際し注意を要する者（予防接種要注意者）

- ア 心臓血管系疾患、腎臓疾患、肝臓疾患、血液疾患、発育障害等の基礎疾患有する者
- イ 予防接種で接種後2日以内に発熱のみられた者及び全身性発疹等のアレルギーを疑う症状を呈したことがある者
- ウ 過去にけいれんの既往のある者
- エ 過去に免疫不全の診断がされている者及び近親者に先天性免疫不全症の者がいる者
- オ 接種しようとする接種液の成分に対してアレルギーを呈するおそれのある者
- カ バイアルのゴム栓に乾燥天然ゴム（ラテックス）が含まれている製剤を使用する際の、ラテックス過敏症のある者
- キ 結核の予防接種にあっては、過去に結核患者との長期の接触がある者その他の結核感染の疑いのある者
- ク ロタウイルス感染症の予防接種にあっては、活動性胃腸疾患や下痢等の胃腸障害のある者

3 予防接種名

- ① 五種混合（百日せき・ジフテリア・破傷風・不活化ポリオ・ヒブ）
- ② 四種混合（百日せき・ジフテリア・破傷風・不活化ポリオ）
- ③ 三種混合（百日せき・ジフテリア・破傷風）
- ④ 二種混合（ジフテリア・破傷風）
- ⑤ 不活化ポリオ
- ⑥ 麻しん風しん混合
- ⑦ 麻しん
- ⑧ 風しん
- ⑨ 日本脳炎
- ⑩ BCG（結核）
- ⑪ ヒブ
- ⑫ 小児用肺炎球菌（13価結合型、15価結合型）
- ⑬ 子宮頸がん予防（2価、4価及び9価）

- ⑭ 水痘
- ⑮ B型肝炎
- ⑯ ロタウイルス（1価及び5価）

4 予防接種の実施

乙は、必要な診察を行った上で接種可能であると判断した場合は、接種希望者に対して予防接種を実施する。接種時の予診には、別紙様式1、2、3、4を用いる。また、接種後の経過観察も当該医療機関で行うものとする。

なお、予防接種を行うに当たり検査が必要な場合は、原則としてその検査に対し、保険を適用するものとする。

5 委託料

乙が、本制度により予防接種を行った場合は、その費用を別紙様式5により甲に請求するものとする。

6 健康被害の救済に関する措置

本制度により実施された予防接種により、万一健康被害が発生した場合の対応は、昭和52年3月7日付け衛発第186号厚生省公衆衛生局長通知の例により甲が行うものとする。また、発生した健康被害に関して賠償責任が生じた場合においても、乙に故意または重大な過失がない限り、甲がその責任を負う。

A類疾病予防接種要注意者接種業務委託契約書

(以下「甲」という。)と

(以下「乙」という。)

とは、予防接種法（昭和 26 年法律第 96 号）第 5 条第 1 項の規定に基づく A 類疾病に係る定期の予防接種において（以下、「定期の予防接種」という），接種の判断を行うに際し注意を要する者（以下「接種要注意者」という。）に対する予防接種業務について、次の条項により委託契約を締結する。

（委託業務）

第 1 条 甲は、定期の予防接種を実施するにあたって、接種要注意者に対する予防接種業務（以下「委託業務」という。）の実施を乙に委託し、乙は、これを受託する。

（委託業務の履行）

第 2 条 乙は、委託業務を実施するに当たっては、甲の定める予防接種要注意者接種業務委託実施要項（以下「実施要項」という。）に基づいて行わなければならない。

2 前項のほか、乙は、委託業務の実施について、甲の指示に従わなければならない。

（委託期間）

第 3 条 委託業務の実施期間は、令和 年 月 日から令和 年 月 日までとする。

（委託料）

第 4 条 甲は、乙に対して、委託料として、次に掲げる予防接種を行う疾病的区分の欄の

予防接種名	五種混合	四種混合	三種混合	二種混合	不活化 ポリオ	麻しん 風しん 混合	麻しん	風しん
単価								
					各医療機関の料金を記載			
予防接種名	日本脳炎	BCG	ヒブ	小児用 肺炎球菌	子宮頸 がん予防	水痘	B型肝炎	ロタ ウイルス
単価					各医療機関の料金を記載			

単価に接種した人数を乗じた金額を支払うものとする。

摘要：茨城県立こども病院及び茨城県立中央病院の場合の記載は次のとおり。

甲は、乙に対して、委託料として、茨城県病院事業の設置等に関する条例の規定により病院事業管理者が定める診療料及び手数料の額（平成 18 年 4 月 1 日付け茨城県病院局告示第 1 号）に規定する金額を支払うものとする。

（委託料の請求及び支払）

第 5 条 乙は、各月の委託業務が終了したときは、各月ごとに、委託料請求書（実施要項

規定様式)に接種要注意者予診票(実施要項規定様式)の写しを添付し、前条の規定により算定した委託料を翌月末日までに、甲に請求するものとする。

2 甲は、乙から前項の請求を受けたときは、翌々月の末日までに委託料を支払うものとする。

(再委託の制限)

第6条 乙は、あらかじめ甲の承認を受けないで、委託業務の全部又は一部を他に委託してはならない。

(委託業務の状況報告)

第7条 乙は、甲から委託業務の実施状況その他委託業務の実施に必要な事項について報告を求められたときは、速やかに報告するものとする。

(委託業務の調査)

第8条 甲は、必要があると認めたときは、乙の帳簿、書類その他の記録について実地に調査できるものとする。

(帳簿等)

第9条 乙は、会計に関する帳簿、書類等を委託業務完了の日から5年間保存するものとする。

(秘密の保持)

第10条 乙は、委託業務について知り得た秘密を他に漏らしてはならない。委託業務終了後も同様とする。

(契約の解除等)

第11条 甲は、乙が、この契約に違反したときは、契約を解除し、既に支払った金額の全部又は一部の返還を請求することができる。

2 前項の規定による契約の解除によって生じた損害については、甲はその責めを負わないものとする。

(疑義の決定)

第12条 この契約に定めのない事項及びこの契約に関し疑義が生じたときは、甲乙協議して定めるものとする。

この契約を証するため、本書2通を作成し、甲乙記名押印のうえ、各1通を保有する。

令和 年 月 日

甲

乙

ワクチンの種類 :	該当するものに○をつけて下さい
五種混合 (DPT-IPV-Hib)	[1 期初回 (1回・2回・3回)、1期追加]
四種混合 (DPT-IPV)	[1 期初回 (1回・2回・3回)、1期追加]
三種混合 (DPT)	[1 期初回 (1回・2回・3回)、1期追加]
二種混合 (DT)	[初回 (1回・2回・3回)、追加]
不活化ボリオ	・麻しん・風しん [第1期・第2期]
麻しん風しん混合	[1 期初回 (1回・2回)、1期追加、2期]
日本脳炎	
B C G	
ヒブ	[初回 (1回・2回・3回)、追加]
小児用肺炎球菌	[初回 (1回・2回・3回)、追加]
水痘	[1 回・2回]
B型肝炎	[1 回・2回・3回]

予防接種 接種要注意者予診票

(市町村提出用)

病院名

住 所	診察前の体温			度 分
受ける人の氏名	男	生年 月日	平成・令和 (満 歳)	年 月 日 生 (満 歳 力月)
保護者の氏名	女			

質 問 事 項	回 答 欄	医師記入欄
今日受ける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
あなたのお子さんの発育歴についておたずねします		
出生体重 () g 分娩時に異常がありましたか	あつた	なかつた
出生後に異常がありましたか	あつた	なかつた
乳児検診で異常があるといわれたことがありますか	ある	ない
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 ()		
最近1カ月以内に病気にかかりましたか	はい	いいえ
病名 ()		
1カ月以内に家族や遊び仲間に麻しん、風しん、水痘、おたふくかぜなどの病気の方がいましたか	はい	いいえ
病名 ()		
生まれてから今までに家族など身のまわりに結核にかかった方がいましたか (B C Gの場合)	はい	いいえ
1カ月以内に予防接種を受けましたか	はい	いいえ
予防接種の種類 ()		
生まれてから今までに先天性異常、心臓、腎臓、肝臓、脳神経、免疫不全症その他の病気にかかり、医師の診察を受けていますか 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いわれましたか	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 () 歳頃	はい	いいえ
そのとき熱が出ましたか	はい	いいえ
薬や食品で皮膚に発疹やじんましんが出たり、体の具合が悪くなつたことがありますか	はい	いいえ
ラテックス過敏症ですか (B型肝炎の場合)	はい	いいえ
注) ラテックス過敏症とは、天然ゴムの製品に対する即時型の過敏症です。ラテックス製の手袋を使用時にアレルギー反応がみられた場合に疑います。また、ラテックスと交叉反応のある果物等(バナナ、栗、キウイフルーツ、アボガド、メロン等)にアレルギーがある場合にはご相談ください。		
近親者に先天性免疫不全と診断されている方はいますか	はい	いいえ
これまでに予防接種を受けて具合が悪くなつたことはありますか	ある	ない
予防接種の種類 ()		
近親者に予防接種を受けて具合が悪くなつた人はいますか	はい	いいえ
6カ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	はい	いいえ
注) ガンマグロブリンは、血液製剤の一一種で、A型肝炎などの感染症の予防目的や重症の感染症の治療目的などで注射されることがあります。この注射を3~6カ月以内に受けた方は、麻しんなどの予防接種の効果が十分に出ないことがあります。		
母子感染予防として、出生後にB型肝炎ワクチンの接種を受けたことがありますか (B型肝炎の場合)	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(実施できる・見合わせた方がよい)と判断します。		
保護者に対して、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、説明をしました。		
医師署名又は記名押印		

医師の診察・説明を受け、予防接種の効果や目的、重篤な副反応の可能性、予防接種健康被害救済制度などについて理解した上で、接種することに(同意します・同意しません)。*かっこの中のどちらかを○で囲んでください。

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。

保護者自署

使用ワクチン名	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	※ (皮下接種) m l	実施場所 医師名 接種年月日	令和	年	月	日

※ B C G の予防接種については、「規定量を B C G 用管針を用いて経皮接種」等と記載すること。

医師記入欄	上記対象者について、該当する方に○をつけ、必要事項を記入する。			
() ① 市・町・村の	医院・病院	先生から接種要注意者として紹介があったため、		
() ② 当院がかかりつけ医であり、接種要注意者と判断したため、				
当院にて定期の予防接種を実施しました。				
接種要注意者と判断された理由(接種要注意者のア～クの区分で記入、その他はヶ)				

ワクチンの種類 :	該当するものに○をつけて下さい
五種混合 (DPT-IPV-Hib)	[1期初回 (1回・2回・3回)、1期追加]
四種混合 (DPT-IPV)	[1期初回 (1回・2回・3回)、1期追加]
三種混合 (DPT)	[1期初回 (1回・2回・3回)、1期追加]
二種混合 (DT)	[初回 (1回・2回・3回)、追加]
不活化ポリオ	・麻しん・風しん [第1期・第2期]
麻しん風しん混合	[1期初回 (1回・2回)、1期追加、2期]
日本脳炎	
B C G	
ヒブ	[初回 (1回・2回・3回)、追加]
小児用肺炎球菌	[初回 (1回・2回・3回)、追加]
水痘	[1回・2回]
B型肝炎	[1回・2回・3回]

予防接種 接種要注意者予診票

(医療機関控え)

病院名

住 所	診察前の体温			度	分
受ける人の氏名	男	生年月日	平成・令和年月日	生(満)歳	生(力)月
保護者の氏名	女				

質問事項	回答欄	医師記入欄
今日受ける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
あなたのお子さんの発育歴についておたずねします 出生体重 () g 分娩時に異常がありましたか 出生後に異常がありましたか 乳児検診で異常があるといわれたことがありますか	あった あった ある	なかつた なかつた ない
今日体に具合の悪いところがありますか 具体的な症状を書いてください ()	はい	いいえ
最近1カ月以内に病気にかかりましたか 病名 ()	はい	いいえ
1カ月以内に家族や遊び仲間に麻しん、風しん、水痘、おたふくかぜなどの病気の方がいましたか 病名 ()	はい	いいえ
生まれてから今までに家族など身のまわりに結核にかかった方がいましたか (BCGの場合)	はい	いいえ
1カ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
生まれてから今までに先天性異常、心臓、腎臓、肝臓、脳神経、免疫不全症その他の病気にかかり、医師の診察を受けていますか 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いわれましたか	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 () 歳頃 そのとき熱が出ましたか	はい はい	いいえ いいえ
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りことがありますか	はい	いいえ
ラテックス過敏症ですか (B型肝炎の場合) <small>注) ラテックス過敏症とは、天然ゴムの製品に対する即時型の過敏症です。ラテックス製の手袋を使用時にアレルギー反応がみられた場合に疑います。また、ラテックスと交叉反応のある果物等(バナナ、栗、キウイフルーツ、アボガド、メロン等)にアレルギーがある場合にはご相談ください。</small>	はい	いいえ
近親者に先天性免疫不全と診断されている方はいますか	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りことがありますか 予防接種の種類 ()	ある	ない
近親者に予防接種を受けて具合が悪くなったり人はいますか	はい	いいえ
6カ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 <small>注) ガンマグロブリンは、血液製剤の一種で、A型肝炎などの感染症の予防目的や重症の感染症の治療目的などで注射されることがあります。この注射を3~6カ月以内に受けた方は、麻しんなどの予防接種の効果が十分に出ないことがあります。</small>	はい	いいえ
母子感染予防として、出生後にB型肝炎ワクチンの接種を受けたことがありますか (B型肝炎の場合)	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(実施できる・見合わせた方がよい)と判断します。 保護者に対して、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、説明をしました。	医師署名又は記名押印	

医師の診察・説明を受け、予防接種の効果や目的、重篤な副反応の可能性、予防接種健康被害救済制度などについて理解した上で、接種することに(同意します・同意しません)。*かっこの中のどちらかを○で囲んでください。

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。

保護者自署

使用ワクチン名	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	※ (皮下接種) ml	実施場所 医師名 接種年月日 令和 年 月 日

*BCGの予防接種については、「規定量をBCG用管針を用いて経皮接種」等と記載すること。

医師記入欄	上記対象者について、該当する方に○をつけ、必要事項を記入する。		
() ①	市・町・村の	医院・病院	先生から接種要注意者として紹介があったため、
() ②	当院がかかりつけ医であり、接種要注意者と判断したため、		
当院にて定期の予防接種を実施しました。			
接種要注意者と判断された理由(接種要注意者のアーケの区分で記入、その他はヶ)			

委 託 料 請 求 書 (月分)

金 額 円

ただし、「予防接種要注意者紹介制度」に基づく委託料として、

品 目	人 数	単価 (円)	金 額 (円)
<u>五種混合予防接種</u>			
四種混合 "			
三種混合 "			
二種混合 "			
不活化ポリオ "			
麻しん風しん混合 "			
麻しん "			
風しん "			
日本脳炎 "			
B C G "			
ヒブ "			
小児用肺炎球菌 "			
子宮頸がん予防 "			
水痘 "			
B型肝炎 "			
ロタウイルス "			
合 計			
うち消費税(合計金額×10/110)			

振込銀行先

銀行 _____ 支店 _____

普通・当座 口座番号 _____

口座名義 _____

上記の金額を請求します。(予診票の写しを添付)

令和 年 月 日

所 在 地 _____

医療機関名 _____

代表者名 _____ 印 _____

適格請求書発行
事業者登録番号 _____

(市・町・村) 長 殿

B類疾病予防接種要注意者接種業務委託実施要項

1 目的

この要項は、予防接種要注意者接種業務委託契約書に定めるもののほか、委託業務の実施に関し必要な事項を定めるものとする。

2 対象者

- (1) 厚生労働省健康・生活衛生局感染症対策部長通知（令和6年3月29日健発0329第2号） の別添「定期接種実施要領」に定められた予防接種要注意者（注1）に該当する者のうち、医師により特に接種の判断が困難であるとされた者。
- (2) 前号以外の者のうち、医学的な理由で接種の判断が困難であるとされた者。

※注1 接種の判断を行うに際し注意を要する者（予防接種要注意者）

- ア 心臓血管系疾患、腎臓疾患、肝臓疾患、血液疾患、発育障害等の基礎疾患有する者
- イ 予防接種で接種後2日以内に発熱のみられた者及び全身性発疹等のアレルギーを疑う症状を呈したことがある者（なお、インフルエンザの定期接種に際しては、接種不適当者となることに注意すること。）
- ウ 過去にけいれんの既往のある者
- エ 過去に免疫不全の診断がされている者及び近親者に先天性免疫不全症の者がいる者
- オ 接種しようとする接種液の成分に対してアレルギーを呈するおそれのある者
- カ バイアルのゴム栓に乾燥天然ゴム（ラテックス）が含まれている製剤を使用する際の、ラテックス過敏症のある者
- キ 結核の予防接種にあっては、過去に結核患者との長期の接触がある者その他の結核感染の疑いのある者
- ク コロナウイルス感染症の予防接種にあっては、活動性胃腸疾患や下痢等の胃腸障害のある者

3 予防接種名

- ① インフルエンザ
- ② 高齢者用肺炎球菌（23価莢膜ポリサッカライド）
- ③ 新型コロナウイルス感染症

4 予防接種の実施

乙は、必要な診察を行ったうえで接種可能であると判断した場合には、接種希望者に対して予防接種を実施し、接種後の経過観察も当該医療機関で行うものとする。

なお、接種時の予診にあたっては、別紙様式1、2、3を用いるものとする。

また、予防接種にあたり、乙が定める予防接種料金から甲が負担する額を控除した額については、乙が被接種者から徴収するものとする。

予防接種を行うに当たり検査が必要な場合は、原則としてその検査に対し、保険を適用するものとする。

5 委託料

乙が、本制度により予防接種を行った場合は、その費用を別紙様式4により甲に請求するものとする。

6 健康被害の救済に関する措置

本制度により実施された予防接種により、万一健康被害が発生した場合の対応は、昭和 52 年 3 月 7 日付け衛発第 186 号厚生省公衆衛生局長通知の例により甲が行うものとする。また、発生した健康被害に関して賠償責任が生じた場合においても、乙に故意または重大な過失がない限り、甲がその責任を負う。

B類疾病予防接種要注意者接種業務委託契約書

(以下「甲」という。)

(以下「乙」という。)

とは、予防接種法（昭和 26 年法律第 96 号）第 5 条第 1 項の規定に基づく B 類疾病に係る定期の予防接種において（以下、「定期の予防接種」という）、接種の判断を行うに際し注意を要する者（以下「接種要注意者」という。）に対する予防接種業務について、次の条項により委託契約を締結する。

(委託業務)

第 1 条 甲は、定期の予防接種を実施するにあたって、接種要注意者に対する予防接種業務（以下「委託業務」という。）の実施を乙に委託し、乙は、これを受託する。

(委託業務の履行)

第 2 条 乙は、委託業務を実施するに当たっては、甲の定める予防接種要注意者接種業務委託実施要項（以下「実施要項」という。）に基づいて行わなければならない。

2 前項のほか、乙は、委託業務の実施について、甲の指示に従わなければならない。

(委託期間)

第 3 条 委託業務の実施期間は、令和 年 月 日から令和 年 月 日までとする。

(委託料)

第 4 条 甲は、乙に対して、委託料として、次に掲げる単価に接種した人数を乗じた金額を支払うものとする。

予防接種名	インフルエンザ	高齢者用肺炎球菌	新型コロナウイルス感染症
単価		各市町村における公費負担額を記載	

摘要：茨城県立中央病院の場合の記載は次のとおり。

甲は、乙に対して、委託料として、茨城県病院事業の設置等に関する条例の規定により病院事業管理者が定める診療料及び手数料の額（平成 18 年 4 月 1 日付け茨城県病院局告示第 1 号）に規定する金額を支払うものとする。

(委託料の請求及び支払)

第 5 条 乙は、各月の委託業務が終了したときは、各月ごとに、委託料請求書（実施要項規定様式）に接種要注意者予診票（実施要項規定様式）の写しを添付し、前条の規定により算定した委託料を翌月末日までに、甲に請求するものとする。

2 甲は、乙から前項の請求を受けたときは、翌々月の末日までに委託料を支払うものとする。

(再委託の制限)

第6条 乙は、あらかじめ甲の承認を受けないで、委託業務の全部又は一部を他に委託してはならない。

(委託業務の状況報告)

第7条 乙は、甲から委託業務の実施状況その他委託業務の実施に必要な事項について報告を求められたときは、速やかに報告するものとする。

(委託業務の調査)

第8条 甲は、必要があると認めたときは、乙の帳簿、書類その他の記録について実地に調査できるものとする。

(帳簿等)

第9条 乙は、会計に関する帳簿、書類等を委託業務完了の日から5年間保存するものとする。

(秘密の保持)

第10条 乙は、委託業務について知り得た秘密を他に漏らしてはならない委託業務終了後も同様とする。

(契約の解除等)

第11条 甲は、乙が、この契約に違反したときは、契約を解除し、既に支払った金額の全部又は一部の返還を請求することができる。

2 前項の規定による契約の解除によって生じた損害については、甲はその責めを負わないものとする。

(疑義の決定)

第12条 この契約に定めのない事項及びこの契約に関し疑義が生じたときは、甲乙協議して定めるものとする。

この契約を証するため、本書2通を作成し、甲乙記名押印のうえ、各1通を保有する。

令和 年 月 日

甲

乙

新型コロナワクチン予防接種要注意者予診票
(市町村提出用)

病院名	診察前の体温 度 分	
住所		
氏名		男・女
生年月日	明治・大正・昭和 年 月 日 生 (満 歳)	

質問事項	回答欄	医師記入欄
新型コロナワクチンの接種を受けたことがありますか。		
接種回数()回 前回の接種日(年 月 日)	はい いいえ	
前回接種を受けた新型コロナワクチンの種類()		
「新型コロナワクチンの説明書」を読んで、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、何らかの病気にかかって、治療(投薬など)を受けていますか。		
病名: 心臓病・腎臓病・肝臓病・血液疾患・血が止まりにくい病気 免疫不全・毛細血管漏出症候群・その他()	はい いいえ	
治療内容: 血をサラサラにする薬()・その他()		
最近1ヶ月以内に熱が出たり、病気にかかってしましたか。 病名()	はい いいえ	
今日、体に具合が悪いところがありますか。 症状()	はい いいえ	
けいれん(ひきつけ)を起こしたことがありますか。	はい いいえ	
薬や食品などで、重いアレルギー症状(アナフィラキシーなど)を起こしたことがありますか。 薬・食品など原因になったもの()	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はありますか。 種類() 症状()	はい いいえ	
現在妊娠している可能性(生理が予定より遅れているなど)はありますか。 または、授乳中ですか。	はい いいえ	
2週間以内に予防接種を受けましたか。 種類() 受けた日()	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、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。		
医師署名又は記名押印			
ワクチンロット番号	接種量	実施場所・医師名・接種年月日	
Lot No.	m l	実施場所 医師名 接種年月日 令和 年 月 日	

新型コロナワクチン接種希望書(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、接種の効果や副反応の可能性などについて理解した上で、接種を希望します。
(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。

令和 年 月 日 被接種者自署
(※自署できない場合は代筆者が署名し、代筆者氏名及び被接種者との続柄を記載)

医師記入欄

* 上記対象者は、(該当する方に○をつけ、必要事項を記入)

[] ① 市・町・村の 医院・病院 医師から接種要注意者として紹介があったため、
[] ② 当院がかかりつけ医であり、要注意者と判断したため、
当院にて予防接種を実施しました。

* 接種要注意者と判断された理由 [] (接種要注意者のA~Eの区分で記入、その他はヶ)

新型コロナワクチン予防接種要注意者予診票
(医療機関控え)

病院名	診察前の体温 度 分
住所	
氏名	男・女
生年月日	明治・大正・昭和 年 月 日 生 (満 歳)

質問事項	回答欄	医師記入欄
新型コロナワクチンの接種を受けたことがありますか。		
接種回数(回) 前回の接種日(年 月 日) 前回接種を受けた新型コロナワクチンの種類()	はい <u> </u>	いいえ <u> </u>
「新型コロナワクチンの説明書」を読んで、効果や副反応などについて理解しましたか。	はい <u> </u>	いいえ <u> </u>
現在、何らかの病気にかかって、治療(投薬など)を受けていますか。 病名: 心臓病・腎臓病・肝臓病・血液疾患・血が止まりにくい病気 免疫不全・毛細血管漏出症候群・その他()	はい <u> </u>	いいえ <u> </u>
治療内容: 血をサラサラにする薬()・その他()		
最近1ヶ月以内に熱が出たり、病気にかかってましたか。病名()	はい <u> </u>	いいえ <u> </u>
今日、体に具合が悪いところがありますか。症状()	はい <u> </u>	いいえ <u> </u>
けいけん(ひきつけ)を起こしたことがありますか。	はい <u> </u>	いいえ <u> </u>
薬や食品などで、重いアレルギー症状(アナフィラキシーなど)を起こしたことがありますか。 薬・食品など原因になったもの()	はい <u> </u>	いいえ <u> </u>
これまでに予防接種を受けて具合が悪くなったことはありますか。 種類() 症状()	はい <u> </u>	いいえ <u> </u>
現在妊娠している可能性(生理が予定より遅れているなど)はありますか。または、授乳中ですか。	はい <u> </u>	いいえ <u> </u>
2週間以内に予防接種を受けましたか。種類() 受けた日()	はい <u> </u>	いいえ <u> </u>
今日の予防接種について質問がありますか。	はい <u> </u>	いいえ <u> </u>

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、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。	
医師署名又は記名押印		
ワクチンロット番号	接種量	実施場所・医師名・接種年月日
Lot No. <u> </u>	<u>mL</u>	実施場所 <u> </u> 医師名 <u> </u> 接種年月日 令和 年 月 日

新型コロナワクチン接種希望書 (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、接種の効果や副反応の可能性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。

令和 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統柄を記載)

医師記入欄	
*上記対象者は、(該当する方に○をつけ、必要事項を記入)	
〔 〕① 市・町・村の 医院・病院 医師から接種要注意者として紹介があったため、	
〔 〕②当院がかかりつけ医であり、要注意者と判断したため、 当院にて予防接種を実施しました。	
*接種要注意者と判断された理由〔 〕(接種要注意者のア～カの区分で記入、その他はケ)	

(様式4)

委託料請求書(月分)

金額 円

ただし、「予防接種要注意者紹介制度」に基づく委託料として、

品目	人數	単価(円)	金額(円)
インフルエンザ予防接種			
高齢者用肺炎球菌〃			
新型コロナウイルス感染症〃			
合計			
うち消費税(合計金額×10/110)			

注) 単価については、一人当たりの公費負担額

振込銀行先

_____銀行_____支店

普通・当座 口座番号_____

口座名義_____

上記の金額を請求します。(予診票の写しを添付)

令和 年 月 日

所 在 地_____

医療機関名_____

代表者名_____印

適格請求書発行
事業者登録番号_____

(市・町・村) 長 殿

予防接種要注意者紹介制度実施要領一部改正新旧対照表

現 行

改 正 後

予防接種要注意者紹介制度実施要領

1 (略)

2 対象者

(1) 厚生労働省健康・生活衛生局感染症対策部長通知（令和6年3月29日健発0329第2号）の別添「定期接種実施要領」に定められた予防接種の判断を行うに際して注意を要する者（注1）（以下「予防接種要注意者」とされた者）。

(2) (略)

1 (略)

2 対象者

(1) 厚生労働省健康・生活衛生局長通知（令和5年3月31日健登0331第19号）の別添「定期接種実施要領」に定められた予防接種の判断を行うに際して注意を要する者（注1）（以下「予防接種要注意者」という。）のうち、医師により特に接種の判断が困難であるとされた者。

(2) (略)

3 予防接種名

(1) A類疾病予防接種

- ① 五種混合（百日せき・ジフテリア・破傷風・不活化ボリオ・ヒブ）
- ② 四種混合（百日せき・ジフテリア・破傷風・不活化ボリオ）
- ③ 三種混合（百日せき・ジフテリア・破傷風）
- ④ 二種混合（ジフテリア・破傷風）
- ⑤ 不活化ボリオ
- ⑥ 麻しん及び風しん混合
- ⑦ 風しん
- ⑧ 日本脳炎
- ⑨ BCG（結核）
- ⑩ ヒブ
- ⑪ 小児用肺炎球菌（13価結合型）
- ⑫ 子宮頸がん予防（2価、4価及び9価）
- ⑬ 水痘
- ⑭ B型肝炎
- ⑮ ロタウイルス感染症（1価及び5価）
- ⑯ 口タウイルス感染症（1価及び5価）

(2) B類疾病予防接種

- ① インフルエンザ
- ② 高齢者用肺炎球菌（23価莢膜ボリサッカライド）
- ③ インフルエンザ
- ④ 高齢者用肺炎球菌（23価莢膜ボリサッカライド）
- ⑤ ロタウイルス感染症（1価及び5価）
- ⑥ 小児用肺炎球菌（13価結合型）
- ⑦ 子宮頸がん予防（2価、4価及び9価）
- ⑧ 水痘
- ⑨ B型肝炎
- ⑩ ヒブ
- ⑪ 小児用肺炎球菌（13価結合型）
- ⑫ 子宮頸がん予防（2価、4価及び9価）
- ⑬ 水痘
- ⑭ B型肝炎
- ⑮ ロタウイルス感染症（1価及び5価）
- ⑯ 口タウイルス感染症（1価及び5価）
- ⑰ インフルエンザ
- ⑱ 高齢者用肺炎球菌（23価莢膜ボリサッカライド）
- ⑲ インフルエンザ
- ⑳ 高齢者用肺炎球菌（23価莢膜ボリサッカライド）

(3) C類疾病予防接種

(新設)

- ① 四種混合（百日せき・ジフテリア・破傷風・不活化ボリオ）
- ② 三種混合（百日せき・ジフテリア・破傷風）
- ③ 二種混合（ジフテリア・破傷風）
- ④ 不活化ボリオ
- ⑤ 麻しん及び風しん混合
- ⑥ 風しん
- ⑦ 日本脳炎
- ⑧ BCG（結核）
- ⑨ ヒブ
- ⑩ 小児用肺炎球菌（13価結合型）
- ⑪ 子宮頸がん予防（2価、4価及び9価）
- ⑫ 水痘
- ⑬ 水痘
- ⑭ B型肝炎
- ⑮ ロタウイルス感染症（1価及び5価）
- ⑯ 口タウイルス感染症（1価及び5価）
- ⑰ インフルエンザ
- ⑱ 高齢者用肺炎球菌（23価莢膜ボリサッカライド）
- ⑲ インフルエンザ
- ⑳ 高齢者用肺炎球菌（23価莢膜ボリサッカライド）

③ 新型コロナウイルス感染症

(新設)

4 (略)

5 実施方法

(1) ~ (2) (略)

(3) 接種手続き

- ① 接種希望者は、市町村の予防接種担当課所に電話をして、市町村長の発行する予防接種依頼書を取り寄せるものとする。
- 市町村長は、この依頼書を予防接種の種類毎に発行するものとするが、五種混合、四種混合及び三種混合1期初回1～3回及び1期追加、不活性ポリオワクチン初回1～3回及び1期追加、1期追加、乾燥細胞培養日本脳炎ワクチン1期初回1～2回及び1期追加、ヒブワクチン、小児用肺炎球菌ワクチン、子宮頸がん予防ワクチン、水痘ワクチン、B型肝炎ワクチン、ロタウイルスワクチンについては、一括して発行しても支障ないものとする。

なお、緊急の場合等やむを得ない理由で、接種当日依頼書を持参できない時であっても、受け入れ医療機関が市町村にFAX（様式は別紙2のとおり）又は電話で了解を得た場合は、接種を実施しても支障ないものとする。

- ② 接種希望者は、受け入れ医療機関に予め電話で予約した後、必要書類（注2）を持参するものとする。
- （注2）イ 市町村長の発行する予防接種依頼書
ロ 医師が発行した紹介状
ハ 母子健康手帳（A類疾患予防接種希望者）
ニ 健康手帳（B類疾患予防接種希望者）
ホ 高齢医療受給者証（70歳以上の者及びその他65歳以上70歳未満で市町村長が認定した者）
ヘ 健康保険証
ト その他必要な書類（医療券、身体障害者手帳など）

5 実施方法

(1) ~ (2) (略)

(3) 接種手続き

- ① 接種希望者は、市町村の予防接種担当課所に電話をして、市町村長の発行する予防接種依頼書を取り寄せるものとする。
- 市町村長は、この依頼書を予防接種の種類毎に発行するものとするが、四種混合及び三種混合1期初回1～3回及び1期追加、不活性ポリオワクチン初回1～3回及び1期追加、乾燥細胞培養日本脳炎ワクチン1期初回1～2回及び1期追加、ヒブワクチン、小児用肺炎球菌ワクチン、子宮頸がん予防ワクチン、水痘ワクチン、B型肝炎ワクチン、ロタウイルスワクチンについては、一括して発行しても支障ないものとする。

なお、緊急の場合等やむを得ない理由で、接種当日依頼書を持参できない時であっても、受け入れ医療機関が市町村にFAX（様式は別紙2のとおり）又は電話で了解を得た場合は、接種を実施しても支障ないものとする。

- ② 接種希望者は、受け入れ医療機関に予め電話で予約した後、必要書類（注2）を持参するものとする。
- （注2）イ 市町村長の発行する予防接種依頼書
ロ 医師が発行した紹介状
ハ 母子健康手帳（A類疾患予防接種希望者）
ニ 健康手帳（B類疾患予防接種希望者）
ホ 高齢医療受給者証（70歳以上の者及びその他65歳以上70歳未満で市町村長が認定した者）
ヘ 健康保険証
ト その他必要な書類（医療券、身体障害者手帳など）

（4）～（8）(略)

- （注2）イ 市町村長の発行する予防接種依頼書
ロ 医師が発行した紹介状
ハ 母子健康手帳（A類疾患予防接種希望者）
ニ 健康手帳（B類疾患予防接種希望者）
ホ 高齢医療受給者証（70歳以上の者及びその他65歳以上70歳未満で市町村長が認定した者）
ヘ 健康保険証
ト その他必要な書類（医療券、身体障害者手帳など）

（4）～（8）(略)

別紙 1 (略)

別紙 1 (略)

別紙 2

予防接種名 (○で囲む)	五種混合 (DPT-IPV-Hib) 四種混合 (DPT-IPV) 三種混合 (DPT) 二種混合 (DT) 不活化ボリオ 麻疹風しん混合 麻疹 風疹 日本脳炎 BCG ヒブ 小児用肺炎球菌 小児用肺炎球菌 子宮頸がん予防 (2価・4価・9価) 水痘 B型肝炎 ロタウイルス (1価・5価) インフルエンザ 高齢者用肺炎球菌 新型コロナウイルス感染症
-----------------	--

予防接種名 (○で囲む)	予防接種名 (○で囲む)
五種混合 (DPT-IPV-Hib)	四種混合 (DPT-IPV)
四種混合 (DPT-IPV)	三種混合 (DPT)
三種混合 (DPT)	二種混合 (DT)
二種混合 (DT)	不活化ボリオ
不活化ボリオ	麻疹風しん混合
麻疹風しん混合	麻疹
麻疹	風疹
風疹	日本脳炎
日本脳炎	BCG
BCG	ヒブ
ヒブ	小児用肺炎球菌
小児用肺炎球菌	子宮頸がん予防 (2価・4価・9価)
子宮頸がん予防 (2価・4価・9価)	水痘
水痘	B型肝炎
B型肝炎	ロタウイルス (1価・5価)
ロタウイルス (1価・5価)	インフルエンザ
インフルエンザ	高齢者用肺炎球菌
高齢者用肺炎球菌	新型コロナウイルス感染症

A類疾病予防接種要注意者接種業務委託実施要項一部改正新旧対照表

改 正 後	A類疾病予防接種要注意者接種業務委託実施要項	A類疾病予防接種要注意者接種業務委託実施要項
現 行	現 行	現 行
1 (略)	1 ~ 2 (略)	1 ~ 2 (略)
2 対象者	2 対象者	2 対象者
(1) 厚生労働省健康・生活衛生局感染症対策部長通知（令和6年3月29日健発0329第2号）の別添「定期接種実施の基準」に定められた予防接種要注意者（注1）に該当する者のうち、医師により特に接種の医師により特に接種の判断が困難であるとされた者。	(1) 厚生労働省健康局長通知（令和5年3月31日健発0331第19号）の別添「定期接種実施の基準」に定められた予防接種要注意者（注1）に該当する者のうち、医師により特に接種の判断が困難であるとされた者。	(1) 厚生労働省健康局長通知（令和5年3月31日健発0331第19号）の別添「定期接種実施の基準」に定められた予防接種要注意者（注1）に該当する者のうち、医師により特に接種の判断が困難であるとされた者。
(2) 前号以外の者のうち、医学的な理由で接種の判断が困難であるとされた者。	(2) 前号以外の者のうち、医学的な理由で接種の判断が困難であるとされた者。	(2) 前号以外の者のうち、医学的な理由で接種の判断が困難であるとされた者。
※注1 接種の判断を行うに際し注意を要する者（予防接種要注意者）	※注1 接種の判断を行うに際し注意を要する者（予防接種要注意者）	※注1 接種の判断を行うに際し注意を要する者（予防接種要注意者）
ア 心臓血管系疾患、腎臓疾患、血液疾患、発育障害等の基礎疾患有する者	ア 心臓血管系疾患、腎臓疾患、血液疾患、仙液疾患、発育障害等の基礎疾患有する者	ア 心臓血管系疾患、腎臓疾患、血液疾患、仙液疾患、発育障害等の基礎疾患有する者
イ 予防接種で接種後2日以内に発熱のみられた者及び全身性発疹等のアレルギーを疑う症状を呈したことがある者	イ 予防接種で接種後2日以内に発熱のみられた者及び全身性発疹等のアレルギーを疑う症状を呈したことがある者	イ 予防接種で接種後2日以内に発熱のみられた者及び全身性発疹等のアレルギーを疑う症状を呈したことがある者
ウ 過去にけいれんの既往のある者	ウ 過去にけいれんの既往のある者	ウ 過去にけいれんの既往のある者
エ 過去に免疫不全の診断がされている者及び近親者に先天性免疫不全症の者がいる者	エ 過去に免疫不全の診断がされている者及び近親者に先天性免疫不全症の者がいる者	エ 過去に免疫不全の診断がされている者及び近親者に先天性免疫不全症の者がいる者
オ 接種しようとする接種液の成分に対してアレルギーを呈するおそれのある者	オ 接種しようとする接種液の成分に対してアレルギーを呈するおそれのある者	オ 接種しようとする接種液の成分に対してアレルギーを呈するおそれのある者
カ バイアルのゴム栓に乾燥天然ゴム（ラテックス）が含まれている製剤を使用する際の、ラテックス過敏症のある者	カ バイアルのゴム栓に乾燥天然ゴム（ラテックス）が含まれている製剤を使用する際の、ラテックス過敏症のある者	カ バイアルのゴム栓に乾燥天然ゴム（ラテックス）が含まれている製剤を使用する際の、ラテックス過敏症のある者
キ 結核の予防接種においては、過去に結核患者との長期の接触がある者その他の結核感染の疑いのある者	キ 結核の予防接種においては、過去に結核患者との長期の接触がある者その他の結核感染の疑いのある者	キ 結核の予防接種においては、過去に結核患者との長期の接触がある者その他の結核感染の疑いのある者
ク ロタウイルス感染症の予防接種においては、活動性胃腸疾患や下痢等の胃腸障害のある者	ク ロタウイルス感染症の予防接種においては、活動性胃腸疾患や下痢等の胃腸障害のある者	ク ロタウイルス感染症の予防接種においては、活動性胃腸疾患や下痢等の胃腸障害のある者
3 予防接種名	3 予防接種名	3 予防接種名
① 五種混合（百日せき・ジフテリア・破傷風・不活化ボリオ・ヒブ）	① 四種混合（百日せき・ジフテリア・破傷風・不活化ボリオ）	① 四種混合（百日せき・ジフテリア・破傷風・不活化ボリオ）
② 四種混合（百日せき・ジフテリア・破傷風・不活化ボリオ）	② 三種混合（百日せき・ジフテリア・破傷風）	② 三種混合（百日せき・ジフテリア・破傷風）
③ 三種混合（百日せき・ジフテリア・破傷風）	③ 二種混合（ジフテリア・破傷風）	③ 二種混合（ジフテリア・破傷風）
④ 二種混合（ジフテリア・破傷風）	④ 不活化ボリオ	④ 不活化ボリオ
⑤ 不活化ボリオ	⑤ 麻しん風しん混合	⑤ 麻しん風しん混合
⑥ 麻しん風しん混合	⑥ 麻しん	⑥ 麻しん
⑦ 麻しん	⑦ 風しん	⑦ 風しん
⑧ 風しん	⑧ 日本脳炎	⑧ 日本脳炎

- ⑩ BCG (結核)
⑪ ヒブ
⑫ 小児用肺炎球菌 (13価結合型、15価結合型)
⑬ 子宮頸がん予防 (2価、4価及び9価)
⑭ 水痘
⑮ B型肝炎
⑯ ロタウイルス (1価及び5価)

4～6 (略)

様式2～4 (略)

- ⑨ BCG (結核)
⑩ ヒブ
⑪ 小児用肺炎球菌 (13価結合型)
⑫ 子宮頸がん予防 (2価、4価及び9価)
⑬ 水痘
⑭ B型肝炎
⑮ ロタウイルス (1価及び5価)

4～6 (略)

様式2～4 (略)

A類疾病予防接種要注意者接種業務委託契約書

A類疾患予防接種要注意者接種業務委託契約書

(以下「甲」という。)と
予防接種法(昭和26年法律第96号)第5条第1項の規定に基づくA類疾病に係る定期の予防接種において(以下、「定期の予防接種」という),接種の判断を行うに際し注意を要する者(以下「接種要注意者」という。)に対する予防接種業務について、次の条項により委託契約を締結する。

(以下「乙」という。)と
とは、予防接種法(昭和26年法律第96号)第5条第1項の規定に基づくA類疾病に係る定期の予防接種において(以下、「定期の予防接種」という),接種の判断を行うに際し注意を要する者(以下「接種要注意者」という。)に対する予防接種業務について、次の条項により委託契約を締結する。

第1条～第3条(略)

(委託料)

第4条 甲は、乙に対して、委託料として、次に掲げる予防接種を行う疾病的区分の欄の単価に接種した人頭を乗じた金額を支払うものとする。

予防接種名	五種混合	四種混合	三種混合	二種混合	不活化ボリオ	麻しん風しん混合	麻しん風しん混合	日本脳炎
単価								
予防接種名	日本脳炎	BCG	ヒブ	小児用肺炎球菌	子宮頸がん予防	水痘	小児用肺炎球菌	子宮頸がん予防
単価								

摘要：(略)

第5条～第12条(略)

(委託料)

第4条 甲は、乙に対して、委託料として、次に掲げる予防接種を行う疾病的区分の欄の単価に接種した人頭を乗じた金額を支払うものとする。

予防接種名	四種混合	三種混合	二種混合	不活化ボリオ	麻しん風しん混合	麻しん風しん混合	日本脳炎
単価							
予防接種名	BCG	ヒブ	小児用肺炎球菌	子宮頸がん予防	水痘	小児用肺炎球菌	子宮頸がん予防
単価							

摘要：(略)

第5条～第12条(略)

委託料請求書(月分)	
金額	月分
ただし、「予防接種要注意者紹介制度」に基づく委託料として、	
五種混合予防接種	
四種混合	
三種混合	
二種混合	
不活化ボリオ	
麻疹混合	
風疹	
日本脳炎	
B.C.G.	
ヒブ	
小児用脳炎味酸	
子宮頸がん予防	
水痘	
B型肝炎	
ロタウイルス	
合計	
うち消費税(合計金額×10/110)	
振込銀行先	銀行
普通・当座	口座番号
口座名義	
上記の金額を請求します。(予診票の写しを添付)	
令和 年 月 日	所在地
医療機関名	
代表者名	印
運送業者名	
事業者登録番号	
(市・町・村) 長 跡	

委託料請求書(月分)	
金額	月分
ただし、「予防接種要注意者紹介制度」に基づく委託料として、	
四種混合予防接種	
三種混合	
二種混合	
不活化ボリオ	
麻疹混合	
風疹	
日本脳炎	
B.C.G.	
ヒブ	
小児用脳炎味酸	
子宮頸がん予防	
水痘	
B型肝炎	
ロタウイルス	
合計	
うち消費税(合計金額×10/110)	
振込銀行先	銀行
普通・当座	口座番号
口座名義	
上記の金額を請求します。(予診票の写しを添付)	
令和 年 月 日	所在地
医療機関名	
代表者名	印
運送業者名	
事業者登録番号	
(市・町・村) 長 跡	

B 類疾病予防接種要注意者接種業務委託実施要項・部改正新旧対照表

改 正 後 現 行

B 類疾病予防接種要注意者接種業務委託実施要項		A 類疾病予防接種要注意者接種業務委託実施要項	
1	2	1	2
1 (略)	2 対象者	1 (略)	2 対象者
(1) 厚生労働省健康・生活衛生局感染症対策部長通知（令和6年3月29日健発0329第2号）の別添「定期接種実施要領」に定められた予防接種要注意者（注1）に該当する者のうち、医師により特に接種の判断が困難であるとされた者。	(1) 厚生労働省健康局長通知（令和5年3月31日健発0331第19号）の別添「定期接種実施要領」に定められた予防接種要注意者（注1）に該当する者のうち、医師により特に接種の判断が困難であるとされた者。	(1) 厚生労働省健康局長通知（令和5年3月31日健発0331第19号）の別添「定期接種実施要領」に定められた予防接種要注意者（注1）に該当する者のうち、医師により特に接種の判断が困難であるとされた者。	(1) 厚生労働省健康局長通知（令和5年3月31日健発0331第19号）の別添「定期接種実施要領」に定められた予防接種要注意者（注1）に該当する者のうち、医師により特に接種の判断が困難であるとされた者。
(2) 前号以外の者のうち、医学的な理由で接種の判断が困難であるとされた者。	(2) 前号以外の者のうち、医学的な理由で接種の判断が困難であるとされた者。	(2) 前号以外の者のうち、医学的な理由で接種の判断が困難であるとされた者。	(2) 前号以外の者のうち、医学的な理由で接種の判断が困難であるとされた者。
※注1 接種の判断を行うに際し注意を要する者（予防接種要注意者）	※注1 接種の判断を行うに際し注意を要する者（予防接種要注意者）	※注1 接種の判断を行うに際し注意を要する者（予防接種要注意者）	※注1 接種の判断を行うに際し注意を要する者（予防接種要注意者）
ア 心臓血管系疾患、腎臓疾患、血液疾患、活動性胃腸疾患や下痢等の胃腸障害のある者	ア 心臓血管系疾患、腎臓疾患、肝臓疾患、血液疾患、活動性胃腸疾患や下痢等の胃腸障害等の基礎疾患有する者	ア 心臓血管系疾患、腎臓疾患、肝臓疾患、血液疾患、活動性胃腸疾患や下痢等の胃腸障害等の基礎疾患有する者	ア 心臓血管系疾患、腎臓疾患、肝臓疾患、血液疾患、活動性胃腸疾患や下痢等の胃腸障害等の基礎疾患有する者
イ 予防接種で接種後2日以内に発熱のみられた者及び全身性発疹等のアレルギーを疑う症状を呈したことがある者（なお、インフルエンザの定期接種には、接種不適当となることに注意すること。）	イ 予防接種で接種後2日以内に発熱のみられた者及び全身性発疹等のアレルギーを疑う症状を呈したことがある者（なお、インフルエンザの定期接種には、接種不適当となることに注意すること。）	イ 予防接種で接種後2日以内に発熱のみられた者及び全身性発疹等のアレルギーを疑う症状を呈したことがある者（なお、インフルエンザの定期接種には、接種不適当となることに注意すること。）	イ 予防接種で接種後2日以内に発熱のみられた者及び全身性発疹等のアレルギーを疑う症状を呈したことがある者（なお、インフルエンザの定期接種には、接種不適当となることに注意すること。）
ウ 過去にけいれんの既往のある者	ウ 過去にけいれんの既往のある者	ウ 過去にけいれんの既往のある者	ウ 過去にけいれんの既往のある者
エ 過去に免疫不全の診断がされている者及び近親者に先天性免疫不全症の者がいる者	エ 過去に免疫不全の診断がされている者及び近親者に先天性免疫不全症の者がいる者	エ 過去に免疫不全の診断がされている者及び近親者に先天性免疫不全症の者がいる者	エ 過去に免疫不全の診断がされている者及び近親者に先天性免疫不全症の者がいる者
オ 接種しようとする接種液の成分に対してアレルギーを呈するおそれのある者	オ 接種しようとする接種液の成分に対してアレルギーを呈するおそれのある者	オ 接種しようとする接種液の成分に対してアレルギーを呈するおそれのある者	オ 接種しようとする接種液の成分に対してアレルギーを呈するおそれのある者
カ バイアルのゴム栓に乾燥天然ゴム（ラテックス）が含まれている薬剤を使用する際の、ラテックス過敏症のある者	カ バイアルのゴム栓に乾燥天然ゴム（ラテックス）が含まれている薬剤を使用する際の、ラテックス過敏症のある者	カ バイアルのゴム栓に乾燥天然ゴム（ラテックス）が含まれている薬剤を使用する際の、ラテックス過敏症のある者	カ バイアルのゴム栓に乾燥天然ゴム（ラテックス）が含まれている薬剤を使用する際の、ラテックス過敏症のある者
キ 結核の予防接種においては、過去に結核患者との長期の接触がある者その他の結核感染の疑いのある者	キ 結核の予防接種においては、過去に結核患者との長期の接触がある者その他の結核感染の疑いのある者	キ 結核の予防接種においては、過去に結核患者との長期の接触がある者その他の結核感染の疑いのある者	キ 結核の予防接種においては、過去に結核患者との長期の接触がある者その他の結核感染の疑いのある者
ク ロタウイルス感染症の予防接種においては、活動性胃腸疾患や下痢等の胃腸障害のある者	ク ロタウイルス感染症の予防接種においては、活動性胃腸疾患や下痢等の胃腸障害のある者	ク ロタウイルス感染症の予防接種においては、活動性胃腸疾患や下痢等の胃腸障害のある者	ク ロタウイルス感染症の予防接種においては、活動性胃腸疾患や下痢等の胃腸障害のある者
3 予防接種名	3 予防接種名	3 予防接種名	3 予防接種名
① インフルエンザ	① インフルエンザ	① インフルエンザ	① インフルエンザ
② 高齢者用肺炎球菌（23価莢膜ボリサッカライド）	② 高齢者用肺炎球菌（23価莢膜ボリサッカライド）	② 高齢者用肺炎球菌（23価莢膜ボリサッカライド）	② 高齢者用肺炎球菌（23価莢膜ボリサッカライド）
③ 新型コロナウイルス感染症	③ 新型コロナウイルス感染症	③ 新型コロナウイルス感染症	③ 新型コロナウイルス感染症
4 予防接種の実施	4 予防接種の実施	4 予防接種の実施	4 予防接種の実施
乙は、必要な診察を行ったうえで接種可能であると判断した場合には、接種希望者に接種を実施し、接種後の経過観察も当該医療機関で行うものとする。	乙は、必要な診察を行ったうえで接種可能であると判断した場合には、接種希望者に接種を実施し、接種後の経過観察も当該医療機関で行うものとする。	乙は、必要な診察を行ったうえで接種可能であると判断した場合には、接種希望者に接種を実施し、接種後の経過観察も当該医療機関で行うものとする。	乙は、必要な診察を行ったうえで接種可能であると判断した場合には、接種希望者に接種を実施し、接種後の経過観察も当該医療機関で行うものとする。
なお、接種時の予診にあたっては、別紙様式1、2、3を用いるものとする。	なお、接種時の予診にあたっては、別紙様式1、2を用いるものとする。	なお、接種時の予診にあたっては、別紙様式1、2を用いるものとする。	なお、接種時の予診にあたっては、別紙様式1、2を用いるものとする。
また、予防接種にあたり、乙が定める予防接種料金から甲が負担する額を控除した額	また、予防接種にあたり、乙が定める予防接種料金から甲が負担する額を控除した額	また、予防接種にあたり、乙が定める予防接種料金から甲が負担する額を控除した額	また、予防接種にあたり、乙が定める予防接種料金から甲が負担する額を控除した額

については、乙が被接種者から徴収するものとする。
予防接種を行うに当たり検査が必要な場合は、原則としてその検査に対し、保険を適用するものとする。

については、乙が被接種者から徴収するものとする。
予防接種を行った場合には、原則としてその検査に対する検査費は、原則としてその検査に対し、保険を適用するものとする。

5 委託料

乙が、本制度により予防接種を行った場合は、その費用を別紙様式4により甲に請求するものとする。

6 (略)

様式1～2 (略)

5 委託料

乙が、本制度により予防接種を行った場合は、その費用を別紙様式3により甲に請求するものとする。

6 (略)

様式1～2 (略)

B類疾患予防接種要注意者接種業務委託契約書

B類疾病予防接種要注意者接種業務委託契約書

(以下「甲」という。)と
 (以下「乙」という。)とは、予防接種法（昭和 26 年法律第 96 号）第 5 条第 1 項の規定に基づく B 類疾病に係る定期の予防接種において（以下。「定期の予防接種」という）、接種の判断を行うに際し注意を要する者（以下「接種要注意者」という。）に対する予防接種業務について、次の条項により委託契約を締結する。

第 1 条～第 3 条（略）

第 4 条 甲は、乙に対して、委託料として、次に掲げる単価に接種した人数を乗じた金額を支払うものとする。

予防接種名	インフルエンザ	高齢者用肺炎球菌	新型コロナウイルス感染症
単価	各市町村における公費負担額を記載		

摘要：（略）

第 5 条～第 12 条（略）

第 4 条 甲は、乙に対して、委託料として、次に掲げる単価に接種した人数を乗じた金額を支払うものとする。

予防接種名	インフルエンザ	高齢者用肺炎球菌
単価	各市町村における公費負担額を記載	

摘要：（略）

第 5 条～第 12 条（略）

(以下「甲」という。)と
 (以下「乙」という。)とは、予防接種法（昭和 26 年法律第 96 号）第 5 条第 1 項の規定に基づく B 類疾病に係る定期の予防接種において（以下。「定期の予防接種」という）、接種の判断を行うに際し注意を要する者（以下「接種要注意者」という。）に対する予防接種業務について、次の条項により委託契約を締結する。

第 1 条～第 3 条（略）

第 4 条 甲は、乙に対して、委託料として、次に掲げる単価に接種した人数を乗じた金額を支払うものとする。

予防接種名	インフルエンザ	高齢者用肺炎球菌
単価	各市町村における公費負担額を記載	

摘要：（略）

第 5 条～第 12 条（略）

新型コロナワクチン予防接種に関する注意点

主訴		既往歴		現病歴		検査	
胸痛	（回数）	既往歴	既往歴	現病歴	現病歴	検査	検査
胸痛	（回数）	既往歴	既往歴	現病歴	現病歴	検査	検査

本人に於いて、近頃記入欄の上に「近頃記入欄」と記入された事例が、近頃記入欄の意味を理解するうえで参考になる。このように「近頃記入欄」と記入された場合は、近頃記入欄の意味を理解するうえで参考になる。

正月廿二日德中月日

THE JOURNAL OF CLIMATE

（アーヴィング）アーヴィングは、この本の著者である。アーヴィングは、この本の著者である。

本居宣長著　古事記傳　卷之二

卷之三

卷之三

卷之三

卷之三

卷之三

卷之三

新設)

四

新型コロナウイルス感染症による宣言書

年月日	大正	昭和	年	月	日	星期
西暦	西暦	西暦	西暦	西暦	西暦	西暦
西暦	西暦	西暦	西暦	西暦	西暦	西暦

(新訂)

卷之三

記念の御歎息を以て此の御遺稿を記念する所存である。

卷之三

卷之三

卷之三

卷之三

卷之三

卷之三

卷之三

卷之三

(様式4)

委託料請求書(月分)

金額 円

ただし、「予防接種要注意者届出制度」に基づく委託料として、

品目	人數	単価(円)	金額(円)
インフルエンザ予防接種 高齢者用肺炎球菌 "n"			
新型コロナウイルス感染症 "n"			
合計			

(注) 単価については、一人当たりの公費負担額

振込銀行先

銀行 支店

普通・当座 口座番号 _____

口座名義 _____

上記の金額を請求します。(予診票の写しを添付)

令和 年 月 日 所在地 _____

医療機関名 _____

代表者名 _____

連絡請求書発行

事業者登録番号 _____

(市・町・村) 長 殿

(様式3)

委託料請求書(月分)

金額 円

ただし、「予防接種要注意者届出制度」に基づく委託料として、

品目	人數	単価(円)	金額(円)
インフルエンザ予防接種 高齢者用肺炎球菌 "n"			
新型コロナウイルス感染症 "n"			
合計			

(注) 単価については、一人当たりの公費負担額

振込銀行先

銀行 支店

普通・当座 口座番号 _____

口座名義 _____

上記の金額を請求します。(予診票の写しを添付)

令和 年 月 日 所在地 _____

医療機関名 _____

代表者名 _____ 印

連絡請求書発行
事業者登録番号 _____

(市・町・村) 長 殿