

各医療機関 院長 殿

白石市長 山田 裕



令和2年度高齢者インフルエンザ予防接種（定期接種）の実施について（依頼）

日頃から、本市の保健事業の推進につきまして、ご指導ご協力を賜り厚く御礼申し上げます。
さて、本年度も予防接種法によるインフルエンザ予防接種を下記により実施いたしますので、
ご協力くださいますようお願い申し上げます。

記

- 1 対象者
 - ・白石市に住所を有する65歳以上の方
 - ・白石市に住所を有する60歳以上65歳未満で、心臓、じん臓又は呼吸器の機能に自己の身の日常生活行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方。
- 2 接種方法 医療機関での個別接種
- 3 実施時期 令和2年10月1日から令和2年12月末日
※昨年同様に宮城県広域化予防接種事業と同時期の実施期間となります。
- 4 接種費用 被接種者負担金 1,000円（ただし、生活保護受給者は無料）
- 5 委託料 白石市医師会 4,680円
実施医療機関は、委託料から被接種者負担金を差し引いた額を、実施月の翌月10日までに、請求書に実施報告書、予診票を添えて、市に請求してください。

※白石市・蔵王町・七ヶ宿町以外の宮城県在住の方が接種する場合の取扱いは、宮城県広域化予防接種事業の契約の内容となります。料金等は、そちらの内容をご確認ください。

（実施期間：令和2年10月1日～12月末日）

担当：白石市保健福祉部健康推進課 予防係

電話 0224-22-1362

FAX 0224-22-1320

事務連絡
令和 2年 9月 24日

各医療機関

院長 殿
予防接種担当医 殿

健康推進課長
(公印省略)

高齢者インフルエンザ予防接種の原発避難者特例対象者の取扱について (依頼)

日頃から、本市の保健事業の推進につきまして、ご指導ご協力を賜り厚く御礼申し上げます。

さて、下記の地域からの避難者についての定期インフルエンザ予防接種につきましては「東日本大震災における原子力発電所の事故による災害に対処するための避難住民に係る事務処理の特例及び住民移転者に係る措置に関する法律」に基づき、避難先市町村の住民と同様に実施することになっております。

つきましては、下記の地域からの避難者が貴医療機関において定期インフルエンザの予防接種を希望した場合には、本市の住民と同様の取扱としていただきますよう、ご依頼申し上げます。

なお、この取扱については、蔵王町、七ヶ宿町担当者とも事前協議済みであることを申し添えます。

記

1 原発避難者特例法に基づく指定市町村

<福島県>

いわき市 田村市 南相馬市 川俣町 広野町 楡葉町 富岡町
大熊町 双葉町 浪江町 川内村 葛尾村 飯舘村

2 「インフルエンザ予防接種予診票」(水色)の上の欄に、避難先の市町と原発避難者特例法の部分に○をしてください。

3 予診票の住所欄には、避難元と避難先両方の住所の記入をお願いします。

4 請求は、避難先の市町をお願いします。

<担当> 白石市保健福祉部健康推進課 電話 22-1362

医療機関受付用

次のことに特にご注意ください

1. 対象者は ①65歳以上の方 ②60歳以上65歳未満で、心臓・腎臓・呼吸器等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方、ヒト免疫不全ウイルスによる免疫機能の障害を有する方
2. 公費助成を受けられる接種期間は、令和2年10月1日から令和2年12月31日まで、回数は1人につき1回です。
※白石市・蔵王町・七ヶ宿町以外の宮城県に住所のある方は、宮城県広域化予防接種事業の契約になります。実施期間は同じく令和2年10月1日から12月31日となります。
3. 個人負担金の1,000円は、本人から受け取ってください。
(ただし、生活保護者は無料です)
※白石市・蔵王町・七ヶ宿町以外の宮城県に住所のある方は、宮城県広域化予防接種事業での取扱いになりますので、そちらの契約内容をご確認ください。
4. 予診票の名前、住所、生年月日、必要事項などが記入されているか確認してください。署名は本人の意思確認のうえ、自筆させてください。なお、代筆者が署名する場合は、下記の記入例を参考にしてください。
5. 接種済証を発行してください。
6. 公費助成に該当する請求書は、1か月分をまとめて、請求書、実施報告書、及び予診票を添えて、翌月10日までに請求してください。

※医師等がインフルエンザ予防接種後の副反応疑いを診断した場合には、速やかに独立行政法人医薬品医療機器総合機構に直接FAX報告してください。

(FAX : 0120-176-146)

※副反応報告書から副反応疑い報告書別紙様式1に様式が変更されています。今回配布した様式もしくは国立感染症研究所のホームページからダウンロードできる入力アプリにて作成した別紙様式2を使用して報告してください。

〈インフルエンザ予防接種予診票の代筆者署名記入例〉

インフルエンザ予防接種予診票

質問事項等の欄 省略

インフルエンザ予防接種希望書(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、予防接種の効果や目的、重篤な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 宮城花子 宮城太郎 長男

(※自署できない者は代筆者が署名し、代筆者氏名および被接種者との続柄を記載)

令和 年 月 日

白石市長 殿

医療機関名

〇印

インフルエンザ予防接種実施報告書

令和 年 月 分の実施者数を下記のとおり報告いたします。

記

被接種者		人数	単価	金額
満65歳～	一般	人	3,680円	円
	生保	人	4,680円	円
満60歳～64歳 の法で定める 内部障害者	一般	人	3,680円	円
	生保	人	4,680円	円
被接種者合計	一般	人	3,680円	円
	生保	人	4,680円	円

※ 添付書類・・・被接種者の「インフルエンザ予防接種予診票」

※ 実施翌月の10日（休日の場合は翌平日）まで提出してください。

インフルエンザ予防接種委託料請求書

金額 _____ 円

令和 ____ 年 ____ 月分インフルエンザ予防接種を下記内訳のとおり実施しましたので、上記金額を請求します。

記

	件数	金額	請求金額
① 65歳以上		3,680円	円
② 60歳以上65歳未満 (法で定める内部障害者)		3,680円	円
③ 生活保護		4,680円	円
計			円

令和 ____ 年 ____ 月 ____ 日

白石市長 殿

住所	
医療機関及び施設名	
代表者名	○印
	金融機関名 銀行 支店 普通・当座
	口座番号
	フリガナ 口座名義人

白石	蔵王	七ヶ宿	生活保護	原発避難者特例法
----	----	-----	------	----------

※上の表の市町名（予防接種を受ける人の住所）を○で囲んでください。生活保護受給者・原発避難者特例法の場合は右端も○で囲んでください。

インフルエンザ予防接種予診票

		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
今日のインフルエンザ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。 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。 具合の悪い症状を書いてください。（ ）	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、体の具合が悪くなったことがありますか。	はい	いいえ	
インフルエンザの予防接種を受けたことがありますか。 ①その際に具合が悪くなったことはありますか。 ②インフルエンザ以外の予防接種の際に具合が悪くなったことはありますか。	はい はい はい	いいえ いいえ 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ヶ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（ ）	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	<p>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健康被害救済制度について、説明した。</p> <p>医師署名又は記名押印</p>
-------	---

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.	ml	実施場所 医師名 接種年月日	令和	年	月 日

インフルエンザ予防接種希望書（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続柄を記載）