

桑名市告示第101号

桑名市帯状疱疹予防接種費助成事業実施要綱の一部を改正する告示を次のように定める。

令和6年3月26日

桑名市長 伊藤 徳 宇

桑名市帯状疱疹予防接種費助成事業実施要綱の一部を改正する告示

桑名市帯状疱疹予防接種費助成事業実施要綱（令和5年桑名市告示第67号）の一部を次のように改正する。

様式第1号及び様式第2号を次のように改める。

桑名市帯状疱疹予防接種費助成申請書

年 月 日

桑名市長

申請者

住 所	桑名市
氏 名	
予防接種を受ける者との続柄	
電話番号	

桑名市帯状疱疹予防接種費助成金の交付を受けたいので、次のとおり申請します。

助成金の交付については、予防接種を受ける医療機関を代理人と定め、助成金の請求及び受領に関することを委任します。

また、予防接種を受ける者が助成金の交付要件に該当しているか、市が住民基本台帳により確認することについて、同意します。

予防接種を受ける者氏名	<input type="checkbox"/> 申請者と同じ	生年月日 (年齢)	年 月 日 ( 歳)
住 所	<input type="checkbox"/> 申請者の住所と同じ 桑名市		
電話番号	<input type="checkbox"/> 申請者の電話番号と同じ		
申請するのははじめてですか	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ → 必要な予診票はどれですか <input type="checkbox"/> 水痘・帯状疱疹予防接種1回日 <input type="checkbox"/> 帯状疱疹予防接種2回日		
※内容を確認し、必ず <input checked="" type="checkbox"/> をしてください。 <input type="checkbox"/> 助成要件に該当しなかった場合は、費用を返還することに同意します。			

\*担当課記入欄

住民確認	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし
接種歴	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり ( <input type="checkbox"/> 水痘 <input type="checkbox"/> 帯状疱疹 1回日・2回日 )
送付歴	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり (紛失、その他 )
交付方法	<input type="checkbox"/> 窓口 <input type="checkbox"/> 郵送
システム入力	<input type="checkbox"/>

受 付 印	
本 人 確 認	<input type="checkbox"/> 運転免許証 <input type="checkbox"/> マイナンバーカード <input type="checkbox"/> その他 ( )

◆該当する箇所に○印

住所		帯状疱疹	1回目	1回目 助成用 (任意接種)
フリガナ		水痘	1回目	
受ける人		生年月日		
電話番号		診察前の体温	度	分

## 桑名市 帯状疱疹予防接種予診票

◆太線の該当する枠内を記入してください。

◆桑名市に住民登録の無い方、今回の予防接種助成制度の対象ではない方は、使用できません。

質 問 事 項	回 答 欄		医師記入欄
1. 今日受ける予防接種について裏面を読み、理解しましたか。	はい	いいえ	
2. 現在、何か病気にかかっていますか。病名 ( )	はい	いいえ	
① 治療(投薬など)を受けていますか。	はい	いいえ	
② 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	
3. 免疫不全と診断されたことがありますか。	はい	いいえ	
4. 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	
5. 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	
6. 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	
7. 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	
8. 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	
9. 最近1か月以内に熱がでたり、病気にかかったりしましたか。 病名 ( )	はい	いいえ	
10. (女性の方) 現在、妊娠している可能性がありますか。	はい	いいえ	
水痘ワクチン接種の場合、接種後2か月間の避妊についてご理解いただけましたか。	はい	いいえ	
11. 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) 医師署名  
本人に対して、予防接種の効果や目的、副反応及び医薬品副作用被害救済制度に 又は  
ついて説明した。 記名押印

**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下さい。)

私は、医師の診察・説明を受け、帯状疱疹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。また、助成の対象とならない場合は、**全額自己負担**にて接種をします。

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。このことを理解した上、本予診票が桑名市に提出されることに同意します。

年 月 日 被接種者自署

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

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
Lot No	水痘(ビケン)→皮下注射	0.5 ml	実施場所 医師名
(注)有効期限がきれいがないか確認	帯状疱疹ワクチン(シング リックス)→筋肉内注射		接種年月日

**桑名市 帯状疱疹予防接種済証(任意接種)**

※帯状疱疹2回目を接種される場合は医療機関に本済証の提示が必要です。

※この済証はご自身で大切に保管してください。

住所	
氏名	
生年月日	

ワクチン名(どちらかに○)： 水痘・ 帯状疱疹 1回目

Lot No： \_\_\_\_\_

接種日 \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日

接種医療機関名 \_\_\_\_\_

発行者 桑 名 市 長

住所			
フリガナ			
受ける人	生年月日		
電話番号	診察前の体温	度	分

**带状疱疹ワクチン接種  
2回目 助成用  
(任意接種)**

## 桑名市 带状疱疹予防接種予診票

- ◆太線の該当する枠内を記入してください。
- ◆桑名市に住民登録の無い方、今回の予防接種助成制度の対象ではない方は、使用できません。

質 問 事 項	回答欄	医師記入欄
1. 带状疱疹ワクチン1回目接種済証を、医療機関窓口にて提示しましたか。	はい いいえ	
2. 带状疱疹ワクチンの予防接種について裏面を読み、理解しましたか。	はい いいえ	
3. 現在、何か病気にかかっていますか。病名（ ① 治療（投薬など）を受けていますか。 ② 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 はい いいえ はい いいえ	
4. 免疫不全と診断されたことがありますか。	はい いいえ	
5. 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	
6. 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	
7. 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	
8. 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	
9. 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	
10. 最近1か月以内に熱がでたり、病気にかかったりしましたか。 病名（ ）	はい いいえ	
11. 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） 医師署名  
本人に対して、予防接種の効果や目的、副反応及び医薬品副作用被害救済制度に 又は  
ついて説明した。 記名押印

**带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下さい。）

私は、医師の診察・説明を受け、带状疱疹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。また、助成の対象とならない場合は、**全額自己負担**にて接種をします。  
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。このことを理解した上、本予診票が桑名市に提出されることに同意します。

\_\_\_\_\_年 \_\_\_\_\_月 \_\_\_\_\_日 被接種者自署  
(※白書できない方は代筆者が署名し、代筆者氏名および被接種者との続納を記載)

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
Lot No (注)有効期限がきれていないか確認	筋肉内注射	0.5 ml	実施場所 医師名 接種年月日 _____年 _____月 _____日

**桑名市 带状疱疹予防接種済証（任意接種）**

※この済証はご自身で大切に保管してください。

住所	
氏名	
生年月日	

ワクチン名： \_\_\_\_\_ 带状疱疹2回目

Lot No： \_\_\_\_\_

接種日 \_\_\_\_\_年 \_\_\_\_\_月 \_\_\_\_\_日

接種医療機関名 \_\_\_\_\_

発行者 桑 名 市 長

**附 則**

この告示は、令和6年4月1日から施行する。