

令和7年度 带状疱疹ワクチン定期接種についての注意事項

1 対象者

接種日に対象年齢であることが条件です。また、接種時に広島市内に住民登録している必要がありますので、生年月日、住所を確認してください。（※対象者以外の方については、任意の接種となり全額自己負担での接種になりますのでご注意ください。）

(1) 令和7年度に65歳になる方

(2) 令和7年度から令和11年度までは、経過措置として当該年度に70歳、75歳、80歳、85歳、90歳、95歳、100歳になる方が対象となります。

※令和7年度のみ、年度内に101歳以上になる方も対象となります。

※令和12年度以降は接種時に65歳の方のみが対象となる予定です。

(3) 60歳～64歳で、ヒト免疫不全ウイルスによる免疫の機能の障害を有する方

(3)の該当者について

- ・身体障害者手帳1級所持者又は同程度の障害を有する方であり、判断の基準は、別添1「60歳から64歳の方で带状疱疹定期接種に該当する方の判断基準」のとおりです。高齢者の肺炎球菌・インフルエンザ・新型コロナワクチンの対象と異なりますのでご注意ください。
- ・該当者であることを確認するために、1級の身体障害者手帳を有する方についてはその写し、1級相当の方については、診断書又は別添2「予防接種法施行規則該当者確認書」に記入押印の上、委託料請求の際に接種券（甲）に添付してください。

2 用いるワクチン及び接種方法

(1) 組換えワクチン【シングリックス】

2回（筋肉内注射）

※1回目接種から2か月以上の間隔をおき、2回目の接種を行う。ただし、医師が医学的知見に基づき必要と認めるものについては、1か月以上の間隔をおき、2回目の接種を行う。

(2) 生ワクチン【ビケン】

1回（皮下注射）

※明らかに免疫機能に異常のある疾患を有する方及び免疫抑制をきたす治療を受けている方に生ワクチンを接種することはできません。

3 実施期間

令和7年4月1日（火）から令和8年3月31日（火）

4 自己負担金（窓口徴収額）

(1) 組換えワクチン（シングリックス）

18,100円／回

(2) 生ワクチン（ビケン）

4,900円／回

※接種時に医療機関の窓口で自己負担金を徴収してください。

「5 自己負担金免除対象者」については、全額公費負担となります。

5 自己負担金免除対象者（「1 対象者」に限る。）

自己負担金が免除となるのは、生活保護世帯または市民税の所得割非課税世帯に属する方です。

自己負担金を免除するためには、接種時に免除対象者であることが確認できる書類があることが条件です。

確認書類は、別添 3「带状疱疹ワクチン定期接種の自己負担金免除者の確認書類」のとおりです。

なお、委託料請求後は広島市から接種費用を返還することはできません。

6 接種委託料

医師会との委託契約に基づき、月ごとにまとめて請求していただくことにより、広島市から医療機関へ振り込まさせていただきます。

7 接種時の注意事項

(1) 接種時の必要書類について

対象者へ交付した接種券及び予診票がないと接種できません。接種券等が届く前に接種を希望する場合は、各区保健センターで接種券等を交付いたします。

(2) 予診票について

ア 医療機関所在地及び名称はゴム印で構いません。医師記入欄については、医師の署名又は記名押印をしてください。

イ 接種にあたっては、本人が接種に同意し、確認書に署名することが必要です。本人の意思確認が困難な場合は、ご家族やかかりつけ医の協力を得て本人の意思確認を行ってください。

また、本人が自署できない場合は、署名についての項目にご家族の方が本人の同意を得て署名し、代筆者記載事項に代筆者の氏名及び続柄を記載してもらってください。本人の意思確認ができない場合は、任意の接種となります。

ウ 確認書への署名は、医療機関が個人情報を含んだ予診票を広島市へ提出することへの同意の確認も含みますので、被接種者の体調により接種を見合わせた場合も、署名が必要です。

(3) 接種券について

ア 带状疱疹ワクチン接種券（甲）（以下「接種券（甲）」という。）は、接種委託料の請求用です。ミシン目から切り離して医療機関で回収してください。医療機関コード以下の部分については、ゴム印でかまいません。医師の押印は必要ありません。

イ 带状疱疹ワクチン接種券（乙）（以下「接種券（乙）」という。）は、予防接種済証となります。ワクチンのロット番号シールを貼付※して、必要事項を記載し、説明書とともに被接種者に渡して、大切に保管するように伝えてください。

※ワクチン名・メーカー・ロット番号は手書きで記載いただくことも可能です。

8 接種委託料の請求方法

- ・接種券（甲）は、ワクチンの種類・回数ごとに、「一般」、「免除」の2区分に分けて請求してください。
- ・自己負担金免除対象者については、接種券（甲）左下の確認書類のうち、該当するものに○をしてください。誤って免除者分を一般分として請求しているケースが見受けられるため、必ず確認して一般分と免除者分に分けて正しく請求してください。確認した書類の写しを添付していただく必要はありません。
- ・医療機関所在地、名称、医師氏名欄は全ての接種券に記入してください。
- ・請求時には、接種券（甲）の必要事項全てがはっきりと記載されていることを確認してください。
- ・被接種者の体調により接種を見合わせた場合は、医療機関コードを予診票の右上に記載し、予診票の写しを提出してください。ただし、同日に保険診療を行った場合は予診のみの請求はできません。なお、予診票の裏面には被接種者の署名欄がありますので、請求時には、予診票の裏面の写しも添付してください。
- ・60歳から64歳の方の場合は、該当者であることを確認するため、身体障害者手帳1級をお持ちの方はその写し、そうでない方は診断書又は「予防接種法施行規則該当者確認書」を添付してください。

間違いやすい事項

- 60歳未満など前記「1 対象者」以外の人については任意接種となり、全額自己負担での接種になります。
- 自己負担金が免除になるのは、前記「1 対象者」のうち前記「5 自己負担金免除対象者」に該当する人のみです。
- 身体障害者手帳は、60歳～64歳で帯状疱疹ワクチンの定期接種対象者に該当するかどうか確認するためのもので、自己負担金の免除確認書類とはなりません。接種時に、前記「5 自己負担金免除対象者」の確認書類がなければ、自己負担金が必要です。

60 歳から 64 歳の方で帯状疱疹ワクチン定期接種に該当する方の判断基準

【ヒト免疫不全ウイルスによる免疫の機能障害】

ヒト免疫不全ウイルスに感染していて、次のいずれかに該当するもの。

- (1) CD4 陽性 T リンパ球数が 200/ μ L 以下で、次の項目（ア～シ）のうち 6 項目以上が認められるもの。
- ア 白血球数について 3,000/ μ L 未満の状態が 4 週以上の間隔をおいた検査において連続して 2 回以上続く
 - イ Hb 量について男性 12g/dL 未満、女性 11g/dL 未満の状態が 4 週以上の間隔をおいた検査において連続して 2 回以上続く
 - ウ 血小板数について 10 万/ μ L 未満の状態が 4 週以上の間隔をおいた検査において連続して 2 回以上続く
 - エ ヒト免疫不全ウイルス-RNA 量について 5,000 コピー/mL 以上の状態が 4 週以上の間隔をおいた検査において連続して 2 回以上続く
 - オ 1 日 1 時間以上の安静臥床を必要とするほどの強い倦怠感及び易疲労が月に 7 日以上ある
 - カ 健常時に比し 10%以上の体重減少がある
 - キ 月に 7 日以上 of 不定の発熱（38℃以上）が 2 か月以上続く
 - ク 1 日に 3 回以上の泥状ないし水様下痢が月に 7 日以上ある
 - ケ 1 日に 2 回以上の嘔吐あるいは 30 分以上の嘔気が月に 7 日以上ある
 - コ 口腔内カンジダ症（頻回に繰り返すもの）、赤痢アメーバ症、帯状疱疹、単純ヘルペスウイルス感染症（頻回に繰り返すもの）、糞線虫症及び伝染性軟属腫等の日和見感染症の既往がある
 - サ 生鮮食料品の摂取禁止等の日常生活活動上の制限が必要である
 - シ 軽作業を越える作業の回避が必要である
- (2) 回復不能なエイズ合併症のため介助なくしては日常生活がほとんど不可能な状態のもの。

予防接種法施行規則該当者確認書（带状疱疹ワクチン用）

住 所	広島市	区	町	丁目	番	号
氏 名					性 別	男 ・ 女
生年月日	大正・昭和	年	月	日生	（満 歳）	

上記の者については、下記の症状があるため、60歳～64歳の带状疱疹ワクチン定期接種の該当者と認めます。（該当する番号に○）

医療機関所在地

医療機関名称

医師氏名

㊞

（所在地、名称、氏名についてはゴム印でかまいませんが、必ず押印してください。）

【ヒト免疫不全ウイルスによる免疫の機能障害】

ヒト免疫不全ウイルスに感染していて、次のいずれかに該当するもの

- (1) CD4陽性Tリンパ球数が200/μL以下で、次の項目（ア～シ）のうち6項目以上が認められるもの。
- ア 白血球数について3,000/μL未満の状態が4週以上の間隔をおいた検査において連続して2回以上続く
- イ Hb量について男性12g/dL未満、女性11g/dL未満の状態が4週以上の間隔をおいた検査において連続して2回以上続く
- ウ 血小板数について10万/μL未満の状態が4週以上の間隔をおいた検査において連続して2回以上続く
- エ ヒト免疫不全ウイルス-RNA量について5,000コピー/mL以上の状態が4週以上の間隔をおいた検査において連続して2回以上続く
- オ 1日1時間以上の安静臥床を必要とするほどの強い倦怠感及び易疲労が月に7日以上ある
- カ 健常時に比し10%以上の体重減少がある
- キ 月に7日以上の上の発熱（38℃以上）が2か月以上続く
- ク 1日に3回以上の泥状ないし水様下痢が月に7日以上ある
- ケ 1日に2回以上の嘔吐あるいは30分以上の嘔気が月に7日以上ある
- コ 口腔内カンジダ症（頻回に繰り返すもの）、赤痢アメーバ症、带状疱疹、単純ヘルペスウイルス感染症（頻回に繰り返すもの）、糞線虫症及び伝染性軟属腫等の日和見感染症の既往がある
- サ 生鮮食料品の摂取禁止等の日常生活活動上の制限が必要である
- シ 軽作業を越える作業の回避が必要である
- (2) 回復不能なエイズ合併症のため介助なくしては日常生活がほとんど不可能な状態のもの

自己負担金免除対象者の確認書類

1 自己負担金免除対象者

- (1) 生活保護世帯に属する方
- (2) 市民税の所得割非課税世帯に属する方
(住民票上の世帯全員が市民税の所得割が非課税であること)

2 確認書類

区分		確認書類	
(1)	生活保護世帯に属する方	A	被保護者証明書（夜間・休日等受診用）【空色】
(2)	市民税の所得割非課税世帯に属する方 (右のいずれかの書類)	B	市民税・県民税・森林環境税課税台帳記載事項証明書 (世帯全員分が必要)
		C	介護保険料納入通知書【薄い水色】 ※所得段階が第1～3段階のもので、令和7年8月1日以降に送付されたもの。所得段階が第4段階以上の場合は他の書類を使用してください。 ※自己負担金免除確認書類としての再発行はできませんので、紛失等された場合は他の書類を使用してください。
		D	後期高齢者医療資格確認書【橙色】 ※適用区分の欄に「区Ⅰ」または「区Ⅱ」の記載があるものに限ります（自己負担限度額等の適用区分は、任意記載事項であるため、被保険者からの申請がない場合、記載がありません。任意記載事項の記載された資格確認書の交付を受けるには、お住まいの区福祉課へ申請が必要です。）。 ○オンライン資格確認により、上記について確認が可能です。 被接種者の自己負担限度額の区分が「低所得者Ⅰ（区Ⅰ）」または「低所得者Ⅱ（区Ⅱ）」である場合は、自己負担金免除者として取り扱うことができます。
		E	介護保険特定負担限度額認定証【ピンク色】 (特別養護老人ホームの要介護旧措置入所者に関する認定証)
		F	介護保険利用者負担額減額・免除等認定証【オレンジ色】 (特別養護老人ホームの要介護旧措置入所者に関する認定証)
		G	社会福祉法人等利用者負担軽減確認証【空色】
		H	中国残留邦人等支援給付に係る本人確認証【白色】

※身体障害者手帳は、60歳から64歳の方で定期接種対象者に該当するかどうか確認するためのものであり、自己負担金免除対象者の確認書類にはなりません。

※国民健康保険限度額適用・標準負担額認定証は、同一世帯に世帯主及び国民健康保険加入者以外の課税者がいる可能性があるため、自己負担金免除対象者の確認書類にはなりません。

※後期高齢者医療限度額適用・標準負担額減額認定証は、新規発行が終了し、発行済の認定証は有効期限が最長で令和7年7月31日までのため、令和7年8月1日以降は自己負担金免除対象者の確認書類にはなりません。