

各 医 療 機 関 の 長 様

広 島 市 長 松 井 一 實
(健康福祉局健康推進課)

令和8年度インフルエンザ及び新型コロナウイルス感染症定期接種について

平素より本市の保健衛生行政に御協力を賜り厚くお礼を申し上げます。
さて、令和8年度におけるインフルエンザ及び新型コロナウイルス感染症定期接種について、下記のとおりまとめましたので、お知らせします。

記

1 対象者

- (1) 接種日時時点で65歳以上の方
- (2) 接種日時時点で60歳～64歳で、心臓、腎臓、呼吸器の機能の障害又はヒト免疫不全ウイルスによる免疫の機能の障害を有し、その障害が身体障害者手帳1級相当である方
- ※ 対象者以外の方は任意接種となり、全額自己負担となります。
- ※ 带状疱疹ワクチンの対象者と異なりますので、御注意ください。

2 使用するワクチン（インフルエンザワクチン）

今年度から新たに「高用量インフルエンザHAワクチン『エフルエルダ®筋注』」が定期接種に使用するワクチンとなる予定でしたが、当該ワクチン製造販売業者において供給が困難となったため、令和8年7月21日付け国事務連絡により、「令和8年度の定期接種では使用しない」こととされました（引き続き、令和8年度は、昨年度までと同様のワクチンを使用します。）。

インフルエンザワクチン		選択可能かどうか	
		標準量 〈これまでと同様〉	高用量 〈使用開始見送り〉
1 対象者	(1) 65歳以上の方	可	取扱い なし
	(2) 60歳～64歳で、心臓等の障害を有し、その障害が身体障害者手帳1級相当である方	可	

3 接種回数

1回

※ 2回目以降の接種は、任意接種となります。

4 実施時期

- (1) インフルエンザ
令和8年10月15日（木）から令和9年1月31日（日）まで
 - (2) 新型コロナウイルス感染症
令和8年10月15日（木）から令和9年3月31日（水）まで
- なお、接種を希望する方が12月中旬までに接種を受けることができるよう、御配慮ください。
※ 実施期間外の接種は、任意接種となります。

5 自己負担金

- (1) インフルエンザ（令和8年度はこれまで同様「標準量インフルエンザワクチン」に限る。）
1,600円
- (2) 新型コロナウイルス感染症
11,800円

6 自己負担金免除対象者（「1 対象者」に限る。）

1 対象者 のうち、次の(1)、(2)に該当する方は、自己負担金免除対象者です。

- (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

7 接種方法等

本市が作成した接種券付き予診票（医療機関設置）を使用して接種します。

【注意】今年度から追加・変更した記入事項等

1 接種券

・〈(甲) 対象者記入欄〉カナ氏名

・〈(甲) 医療機関記入欄〉ロットシール貼付

※被接種者の接種情報登録のため、記入漏れ・不備等のないよう御協力をお願いします。

2 予診票〈説明書部分〉（インフルエンザのみ）

・定期接種実施要領の改正により、「接種不適当者に関する記載が削除」されたことを受け、以下の記載を削除。

以前インフルエンザの予防接種を受けたとき、2日以内に発熱、発疹、じんましんなど、アレルギーと思われる異常がみられた人

広島市外（安芸郡を除く）で接種する場合は、事前に保健センターでの手続きが必要です。

【添付書類】

- ・インフルエンザ定期接種についての注意事項
- ・インフルエンザ予防接種予診票（見本）（※今年度、様式変更あり）
- ・新型コロナウイルス感染症定期接種についての注意事項
- ・新型コロナウイルス感染症予防接種予診票（見本）（※今年度、様式変更あり）
- ・インフルエンザ・新型コロナウイルス感染症定期接種のお知らせ

保健予防係
担当：杉野
電話：082-504-2882

「高用量」インフルエンザワクチンについては、令和8年7月21日付け国事務連絡により、「令和8年度の定期接種では使用しない」となりました。

令和8年度 インフルエンザ定期接種についての注意事項

1 対象者

- (1) 接種日時点で65歳以上の方
- (2) 接種日時点で60歳～64歳で、心臓、腎臓、呼吸器の機能の障害又はヒト免疫不全ウイルスによる免疫の機能の障害を有し、その障害が身体障害者手帳1級相当である方

接種日に対象年齢に達していることが条件です。

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、住所をマイナンバーカード等で確認してください。

※民法上、2月1日に出生した方の年齢は、誕生日前日の1月31日に加算されます。）

※対象者以外の方は、任意接種となります。この場合、全額自己負担となりますので御注意ください。

(2)の該当者について（※带状疱疹ワクチンの対象と異なりますので、ご注意ください。）

- ・ 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歳の方でインフルエンザ定期接種に該当する方の判断基準」のとおりです。
視覚、聴覚、肢体不自由等の身体障害者1級相当の方は対象者に含まれません。
- ・ 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 使用するワクチン（インフルエンザワクチン）

今年度から新たに「高用量」インフルエンザHAワクチン『エフルエルダ®筋注』が定期接種に使用するワクチンとなる予定でしたが、当該ワクチン製造販売業者において供給が困難となったため、令和8年7月21日付け国事務連絡により、「令和8年度の定期接種では使用しない」となりました（引き続き、令和8年度は、昨年度までと同様のワクチンを使用します。）。

インフルエンザワクチン		選択可能かどうか	
		標準量 〈これまでと同様〉	高用量 〈使用開始見送り〉
1 対象者	(1) 65歳以上の方	可	取扱 い なし
	(2) 60歳～64歳で、心臓等の障害を有し、その障害が身体障害者手帳1級相当である方	可	

3 接種回数

1回

※2回目以降を接種する場合は、任意接種となりますので、本市の接種券付き予診票を使用しないでください。

4 実施期間

令和8年10月15日（木）から令和9年1月31日（日）

※実施期間外（令和8年10月14日以前及び令和9年2月1日以降）における接種は、任意接種となります。

5 自己負担金（令和8年度はこれまで同様「標準量インフルエンザワクチン」に限る。）

接種時に医療機関の窓口で次の自己負担金を徴収してください。

1,600円

※「6 自己負担金免除対象者」については、全額公費負担（自己負担なし）となります。

6 自己負担金免除対象者（「1 対象者」に限る。）

自己負担金免除となるのは、生活保護世帯又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、接種時に自己負担金免除対象者であることを確認する必要があります。確認書類は、別添3「自己負担金免除対象者の確認書類」のとおりです。

なお、徴収後、広島市から返還することはできません。

7 接種委託料

接種委託料は、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き、広島市から医療機関に支払います。

- (1) 一 般：3,900円
- (2) 免 除 者：5,500円
- (3) 予診のみ：3,311円

8 接種券付き予診票の取扱い

右側が予診票、左側が説明書及び接種券です。記入漏れがないよう、必要事項は必ず全て記入してください。

(1) 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（氏名印＋認印）をしてください。

イ 接種にあたっては、接種日当日、医師の診察の後に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、家族の方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、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。

(2) 接種券について

ア インフルエンザ接種券（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。

なお、今年度から新たに「カナ氏名」「ロットシール貼付欄」を設けていますので、漏れなく記載・貼付してください。

イ インフルエンザ接種券（乙）（以下「接種券（乙）」という。）は、予防接種済証となります。必要事項を記載するとともに、ワクチンのロット番号シールを貼付して、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。

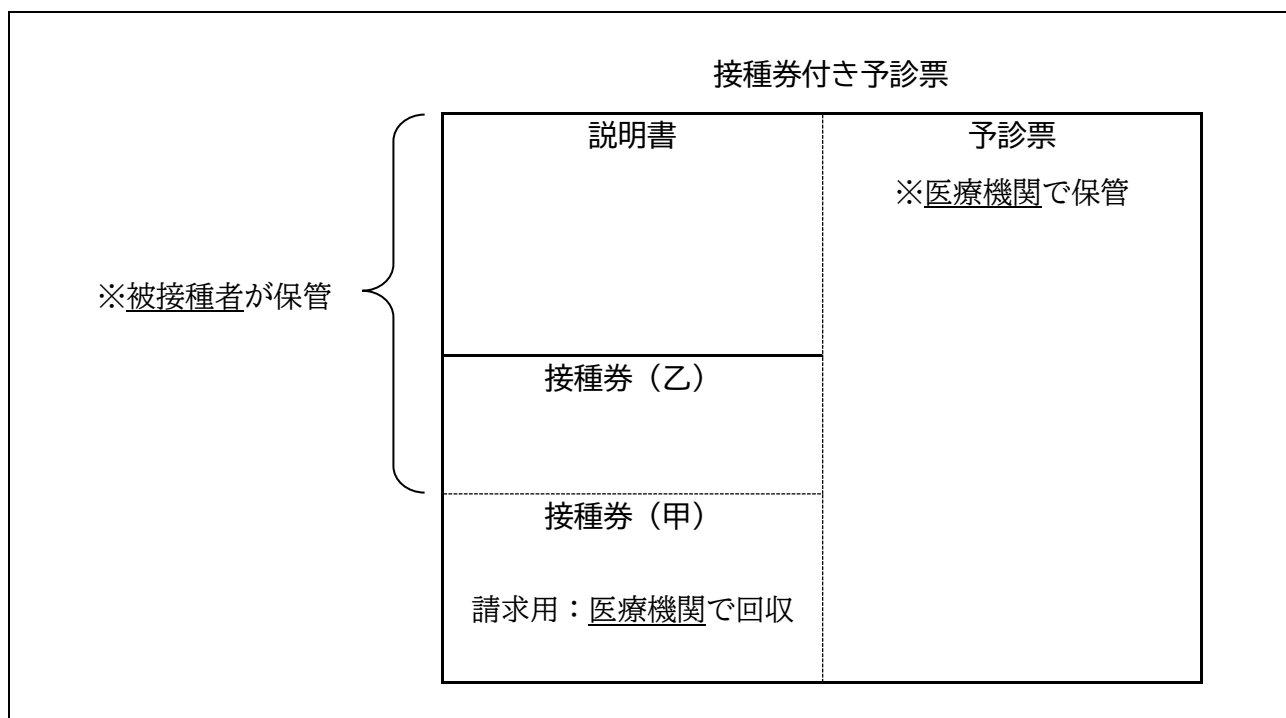
9 接種委託料の請求方法

- ・接種券（甲）を「65歳以上・一般」、「65歳以上・免除」、「60～64歳・一般」、「60～64歳・免除」の4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、該当するものにチェックをしてください。誤って免除分を一般分として請求している場合があるため、一般分と免除分を正しく分けて請求してください。市民税の所得割非課税世帯に属する方の場合、代用となる書類（マイナ保険証等によるオンライン資格確認を含む。）で確認しても、「2. 市民税・県民税・森林環境税課税台帳記載事項証明書 等」にチェックをしてください。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、接種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。

注意事項	接種券（甲）は、予防接種記録情報を登録するためにも重要なものです。被接種者等にボールペンを使用して丁寧に記入してもらってください（判読できない場合、正確に情報を登録できない可能性につながります）。 なお、被接種者記入後、適宜、医療機関において補記等していただくことは差し支えありません。
------	--

- ・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。また、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級を有する方はその写し、そうでない方は診断書又は別添2「予防接種法施行規則該当者確認書」を添付してください。
- ・請求期間は、11月から4月提出分となります。

間違いやすい事項
・60歳未満など前記「1対象者」以外の方は、任意接種（全額自己負担）となります。 ・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」に該当する方のみです。 ・身体障害者手帳は、60歳～64歳の方が定期接種の対象者に該当するかどうか確認するためのもので、自己負担金免除の確認書類とはなりません。別添3「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歳の方でインフルエンザ定期接種に該当する方の判断基準

1 心臓機能障害

- (1) 次のいずれか2つ以上の所見があり、かつ、安静時又は自己身の日常生活活動でも心不全症状、狭心症症状又は繰り返しアダムスストークス発作が起こるもの。
 - ア 胸部エックス線所見で心胸比0.60以上のもの
 - イ 心電図で陳旧性心筋梗塞所見があるもの
 - ウ 心電図で脚ブロック所見があるもの
 - エ 心電図で完全房室ブロック所見があるもの
 - オ 心電図で第2度以上の不完全房室ブロック所見があるもの
 - カ 心電図で心房細動又は粗動所見があり、心拍数に対する脈拍数の欠損が10以上のもの
 - キ 心電図でSTの低下が0.2mV以上の所見があるもの
 - ク 心電図で第Ⅰ誘導、第Ⅱ誘導及び胸部誘導（ただしV₁を除く。）のいずれかのTが逆転した所見があるもの
- (2) ペースメーカーを植え込み、自己の身の日常生活活動が極度に制限されるもの、先天性疾患によりペースメーカーを植え込みしたもの又は人工弁移植、弁置換を行ったもの。

2 腎臓機能障害

腎臓機能検査において、内因性クレアチニンクリアランス値が10mL/分未満、又は血清クレアチニン濃度が8.0 mg/dL以上であって、かつ、自己の身の日常生活活動が著しく制限されるか、又は血液浄化を目的とした治療を必要とするもの若しくは極めて近い将来に治療が必要となるもの。

3 呼吸器機能障害

予測肺活量1秒率※、動脈血ガス及び医師の臨床所見により、呼吸困難が強いため歩行がほとんどできないもの、呼吸障害のため予測肺活量1秒率の測定ができないもの、予測肺活量1秒率が20以下のもの又は動脈血O₂分圧が50Torr以下のもの。

※予測肺活量1秒率とは、1秒量（最大吸気位から最大努力下呼出の最初の1秒間の呼気量）の予測肺活量（性別、年齢、身長 of 組合せで正常ならば当然あると予測される肺活量の値）に対する百分率である。

4 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 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（インフルエンザ定期接種用）

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

上記の者については、下記の症状があるため、60歳～64歳のインフルエンザ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。)

1 心臓機能障害

- (1) 次のいずれか2つ以上の所見があり、かつ、安静時又は自身身の日常生活活動でも心不全症状、狭心症症状又は繰り返しアダムスストークス発作が起こるもの
- ア 胸部エックス線所見で心胸比0.60以上のもの
 - イ 心電図で陳旧性心筋梗塞所見があるもの
 - ウ 心電図で脚ブロック所見があるもの
 - エ 心電図で完全房室ブロック所見があるもの
 - オ 心電図で第2度以上の不完全房室ブロック所見があるもの
 - カ 心電図で心房細動又は粗動所見があり、心拍数に対する脈拍数の欠損が10以上のもの
 - キ 心電図でSTの低下が0.2mV以上の所見があるもの
 - ク 心電図で第Ⅰ誘導、第Ⅱ誘導及び胸部誘導(ただしV₁を除く。)のいずれかのTが逆転した所見があるもの
- (2) ペースメーカーを植え込み、自己の身の日常生活活動が極度に制限されるもの、先天性疾患によりペースメーカーを植え込みしたもの又は人工弁移植、弁置換を行ったもの

2 腎臓機能障害

腎臓機能検査において、内因性クレアチニンクリアランス値が10mL/分未満、又は血清クレアチニン濃度が8.0 mg/dL以上であって、かつ、自己の身の日常生活活動が著しく制限されるか、又は血液浄化を目的とした治療を必要とするもの若しくは極めて近い将来に治療が必要となるもの

3 呼吸器機能障害

予測肺活量1秒率※、動脈血ガス及び医師の臨床所見により、呼吸困難が強いため歩行がほとんどできないもの呼吸障害のため予測肺活量1秒率の測定ができないもの、予測肺活量1秒率が20以下のもの又は動脈血O₂分圧が50Torr以下のもの。

※予測肺活量1秒率とは、1秒量(最大吸気位から最大努力下呼出の最初の1秒間の呼気量)の予測肺活量(性別、年齢、身長で正常ならば当然であると予測される肺活量の値)に対する百分率である。

4 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

【資料】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（必ず接種時に確認してください）

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】
		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8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で確認してください。
	(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)	D	後期高齢者医療制度加入者（75歳以上の方等）である場合 後期高齢者医療資格確認書（有効期限が令和9年7月31日までのもの【紫色】） ※適用区分の欄に「区Ⅰ」又は「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り、被保険者からの申請がない場合は記載がないため、当該記載のない方については、他の書類等で確認してください。 ※後期高齢者医療資格確認書は、令和8年8月以降、85歳以上の方又は84歳以下でマイナ保険証を普段から利用されていない方に交付されます。 ▲マイナ保険証等でのオンライン資格確認により、自己負担限度額の区分が「低所得者Ⅰ」又は「低所得者Ⅱ」である方は確認書類としてみなすことができます。 ※《注意》区分が「一般Ⅰ」の場合でも、免除対象者となる方が含まれている可能性があります。その場合は、対象者にその旨を伝え、他の書類で確認してください。 〔オンライン資格確認に関するQ&Aを本市ホームページ（ページ番号：1037838）に掲載しています。〕
		E	社会福祉法人等利用者負担軽減確認証 【空色】
		F	中国残留邦人等支援給付に係る本人確認証 【白色】

《注意》
市民税均等割が課税（金額が記入）されている方についても、市民税所得割が非課税（0円）であれば、免除対象となります。

《具体例》
「市民税均等割は課税されているが、市民税所得割は非課税の方」などが、「一般Ⅰ」となる場合があります。
※所得割非課税世帯に属する方は、免除対象者です。

※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。

※有効期限が切れた後期高齢者医療資格確認書は、自己負担金免除対象者の確認書類にはなりません。

対象者	① 65歳以上の者（ <u>接種時に65歳以上になっていることが必要です。</u> ）
	② 60歳～64歳で、 <u>心臓、腎臓、呼吸器の機能又はヒト免疫不全ウイルスにより免疫の機能に身体障害者手帳1級相当の障害を有する者</u>
	※ 生活保護世帯・市民税所得割非課税世帯に属する方でも、①又は②に該当しない方は無料で接種を受けることはできません。

※予防接種を受ける前に、この説明書をよく読んで、気にかかることやわからないことがあれば、医師や看護師に質問してください。予防接種の必要性や副反応についてよく理解し、十分に納得した上で、接種を受けてください。

1 インフルエンザとは

インフルエンザは、インフルエンザウイルスに感染することによって発症します。
インフルエンザにかかった人が咳やくしゃみなどをするにより、ウイルスが空気中に広がり、それを吸い込むことによって感染します。
インフルエンザは流行性があり、一度流行が始まると短期間に幼児から高齢者までたくさんの人が感染するという点で普通のかぜとは異なります。
典型的なインフルエンザの症状は、突然の高熱、頭痛、関節痛、筋肉痛などで、のどの痛み、咳、鼻水などもみられます。普通のかぜに比べて全身症状が強く、気管支炎や肺炎などを合併し、重症化することが多いのもインフルエンザの特徴です。
特に65歳以上の高齢者や慢性疾患の患者で死亡率が高くなるという統計がありますが、流行前に予防接種を受けることにより、インフルエンザにかからないか、かかっても重症になることを防ぐことができます。

2 インフルエンザの予防接種について

インフルエンザは例年12月から4月頃に流行し、1月末～3月上旬に流行のピークを迎えます。ワクチンの有効性を高めるために、なるべくインフルエンザが流行する前の12月中旬までに接種を受けることが望ましいです。
なお、「高用量インフルエンザHAワクチン（エフルエルダ®筋注）」については、使用できません。

（うらに続く）

インフルエンザ接種券（乙）【予防接種済証（定期接種）】

【被接種者控え】

- (1) 予防接種を受ける前に、以下の太枠内に必要事項を記入してください。
(2) (甲)は医師に提出し、(乙)はこの予防接種を受けたことを証明するものですから、大切に保管してください。
(3) この券は、接種時に広島市内に住民登録をしている方のみ使用できます。
(4) 接種料金の一部自己負担が必要です。
(5) 生活保護世帯、市民税所得割非課税世帯に属する方は、自己負担金免除となる制度があります。生活保護世帯に属する方は、「被保護者証明書（夜間・休日等受診用）」、市民税所得割非課税世帯に属する方は、「市民税・県民税・森林環境税課税台帳記載事項証明書」等の確認書類を、接種時に医療機関にお持ちください。
※接種後に確認書類をお持ちいただいても、費用をお返すことはできません。

接種年月日	令和 . .
ワクチン名 ／メーカー ・ロット番号	

医療機関所在地
医療機関名
電話番号
接種医師氏名

広島市長（公印省略）

住所	広島市
	区 町 丁目 番 号 (号室)
氏名	生年月日 大正・昭和（←いずれかに○） 年 月 日

きりとり線

インフルエンザ接種券（甲）（定期接種）【請求用】

広島市

注 意 ●自己負担金免除対象者確認書類は、必ず接種時に医療機関に提示してください。接種後に確認書類をお持ちいただいても、費用をお返すことはできません。

▼黒ボールペンで住民登録している住所と氏名・カナ等を丁寧に記入してください。
（読めない場合、個人の接種情報が正確に登録できない場合があります）

医療機関コード（7桁）	
接種年月日	令和 . .

▼ロットシール貼付

ロットシール

住所	広島市
	区 町 丁目 番 号 (号室)
カナ	生年月日 (↓いずれかに○) 大正・昭和
氏名	年 月 日

↓ 確認した書類のいずれかに ☑ をしてください。

自己負担金免除対象者確認書類【接種時に確認】
☐ 1. 被保護者証明書（夜間・休日等受診用）
☐ 2. 市民税・県民税・森林環境税課税台帳記載事項証明書 等

医療機関所在地
医療機関名
電話番号
接種医師氏名

3 インフルエンザの予防接種を受けることができない人

- (1) 明らかに発熱がある人（通常は 37.5℃を超える場合）
 - (2) 重い急性の病気にかかっていることが明らかな人
 - (3) インフルエンザの予防接種液に含まれる成分によってアナフィラキシー※を起こしたことがある人
- ※ 「アナフィラキシー」というのは、通常接種後約 30 分以内に起こるひどいアレルギー反応のことです。発汗、顔が急に腫れる、全身にひどいじんましんが出るほか、吐き気、嘔吐、声が出にくい、息が苦しいなどの症状に続き、ショック状態になるような激しい副反応のことです。
- (4) その他、医師が不適当な状態と判断した場合

4 インフルエンザの予防接種を受ける際に、担当医師とよく相談しなければいけない人

- (1) 心臓病、腎臓病、肝臓病や血液、その他慢性の病気で治療を受けている人
- (2) 過去にけいれんを起こしたことがある人
- (3) 過去に中耳炎や肺炎などによくかかり、免疫状態を検査して異常を指摘されたことがある人
- (4) インフルエンザ予防接種液の成分または鶏卵、鶏肉、その他の鶏由来のものに対してアレルギーがあるとされたことがある人

5 予防接種を受けた後の注意

- (1) 接種後約 30 分は、急な副反応が起こることがあります。医師とすぐ連絡が取れるようにしておいてください。また、接種後 24 時間は副反応に注意してください。
- (2) 接種当日はいつも通りの生活で構いませんが、激しい運動や大量の飲酒は避けてください。
- (3) 接種当日の入浴は差し支えありませんが、注射部位を強くこすことはやめてください。
- (4) 接種後、全身のじんましん、低血圧、注射部位のひどい腫れ、高熱、嘔吐などが現れたら、医師の診察を受け、その場合には、お住まいの区の保健センター又は広島市健康福祉局健康推進課にご連絡ください。

6 インフルエンザ予防接種の副反応

予防接種の注射の跡が赤みを帯びたり、腫れたり、痛んだりすることがあります。また、わずかですが熱が出たり、寒気がしたり、頭痛、全身のだるさなどがみられることがありますが、これらの症状は通常 2～3 日のうちに治ります。ごくまれですが、ショックやじんましん、呼吸困難などの重い副反応が現れることがあります。

7 インフルエンザの予防接種による健康被害救済制度について

定期の予防接種によって引き起こされた副反応により、医療機関での治療が必要になったり、生活に支障が出るような障害を残すなどの健康被害が生じた場合には、予防接種法に基づく補償を受けることができます。

健康被害の程度等に応じて、医療費、医療手当、障害年金、遺族年金、遺族一時金、葬祭料の区分があり、法律で定められた金額が支給されます。遺族年金、遺族一時金、葬祭料以外については、治療が終了する又は障害が治癒する期間まで支給されます。

ただし、その健康被害が予防接種によって引き起こされたものか、別の要因（予防接種をする前あるいは後に紛れ込んだ感染症あるいは別の原因等）によるものなのかの因果関係を、予防接種・感染症医療・法律等、各分野の専門家からなる国の審査会で、予防接種に起因するものである旨の認定を受ける必要があります。

※ 給付申請の必要が生じた場合には、診察した医師、お住まいの区の保健センター又は広島市健康福祉局健康推進課へご相談ください（医療費等には請求期限があります。）。

【連絡先】 各区保健センター（市外局番 082-）				健康福祉局健康推進課 504-2882			
中	504-2528	東	568-7729	南	250-4108	西	294-6235
安佐南	831-4942	安佐北	819-0586	安芸	821-2809	佐伯	943-9731

【対象者】① 65歳以上の者
② 60～64歳で、心臓、腎臓、呼吸器の機能又はヒト免疫不全ウイルスによる免疫の機能に身体障害者手帳1級相当の障害を有する者
※生活保護世帯・市民税所得割非課税世帯に属する方でも、①②以外の方は有料（全額自己負担）です。
※黒のボールペンで記入してください（鉛筆・消せるボールペン不可）。

医療機関
コード
(7桁)

診察前の体温

度 分

住所	広島市	区	町	丁目	番	号	(号室)
氏名	見本		生年月日	大正・昭和	年	月	日生
				(↑いずれかに○)	(満	歳)	男・女

質問事項	回答欄	医師記入欄
今日のインフルエンザ予防接種について説明書を読み、理解しましたか。	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
接種を受ける人は広島市民ですか（接種時に広島市に住民登録をしていますか）。	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
免疫不全と言わ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。	はい	いいえ
・その際に具合が悪くなったことはありますか。	はい	いいえ
・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
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。	はい	いいえ
病名（	はい	いいえ
その病気の主治医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
（接種対象者で②に該当する場合は、予防接種該当者確認書又は身体障害者手帳の写しを添付）		
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
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

（注）予診のみの請求は、被接種者の体調により接種を見合わせる場合で、同日に、保険診療を行っていないもののみ可能です。
請求の際は、医療機関コードを用紙右上に記載してください。

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。 見合わせる理由（ 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をしました。 医師署名 又は 記名押印
-------	---

ワクチンロット番号	接種量	・医療機関所在地
ワクチン名	皮下 0.5 mL	・医療機関名
Lot No.	接種部位	・接種医師氏名
(注)有効期限が切れていないか要確認	右腕・左腕・その他	・接種(予診)年月日 令和 年 月 日



注意)裏面にも本人記入事項があります

インフルエンザ予防接種確認書

(注) 接種日当日、医師の診察の後に記入してください。

定期接種を受ける場合、本人自らが接種に同意※し、この確認書に署名することが必要です。

※ご家族の同意ではありません。

■ 接種における同意について

接種に当たっては、ご本人自身が接種に同意していることが必要です。

※ 予防接種法に基づくインフルエンザ予防接種は、対象者が接種を希望する場合にのみ接種を行うこととされており、本人の意思が確認しにくい場合は、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。

それでも意思確認ができない場合は、予防接種法に基づく接種を受けることはできず、任意の接種となり全額自己負担となります。

- ・ 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。

いずれかに○をしてください。→ (希望します ・ 希望しません)

■ 署名について

本人が署名します。もし、本人が自署できない場合は、本人の同意を得て、家族の方等が被接種者の氏名を代筆してください。

- ・ 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、本予診票が広島市に提出されることに同意します。

令和 年 月 日 被接種者氏名

↑ 接種（予診）年月日と同日

代筆者が署名した場合、下記の **代筆者記載事項** にも記入が必要です。

*上記枠内を本人が自署している場合は、下記の記入は不要です。

代筆者記載事項

- ・ インフルエンザ予防接種確認書を代筆者が代筆する場合は、本人の同意を得て代筆してください。また、代筆した場合は、代筆者の氏名、被接種者との関係等を以下に記入してください。

↓ いずれかに☑のうえ、記入

☐ 代筆者が**家族の場合**

・ 代 筆 者 氏 名 : _____

・ 被 接 種 者 と の 関 係 (続 柄) : _____

☐ 代筆者が**家族以外の場合**

※被接種者の家族以外の方が代筆した場合は、代筆者が署名した理由についても記入が必要です。

・ 代 筆 者 氏 名 : _____

・ 被 接 種 者 と の 関 係 : _____

↑ 施設等の職員の場合、「施設名・職名」を記入

- ・ 家族以外の代筆者が署名した理由 : 該当する番号に○をしてください。

1. 接種日当日に家族が来院することができなかったため

2. 身寄りがない等、単身者のため

令和8年度 新型コロナウイルス感染症定期接種についての注意事項

1 対象者

- (1) 接種日時時点で65歳以上の方
- (2) 接種日時時点で60歳～64歳で、心臓、腎臓、呼吸器の機能の障害又はヒト免疫不全ウイルスによる免疫の機能の障害を有し、その障害が身体障害者手帳1級相当である方

接種日に対象年齢に達していることが条件です。

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、住所をマイナンバーカード等で確認してください。

※民法上、2月1日に出生した方の年齢は、誕生日前日の1月31日に加算されます。

※対象者以外の方は、任意接種となります。この場合、全額自己負担となりますので御注意ください。

(2)の該当者について（※带状疱疹ワクチンの対象と異なりますので、ご注意ください。）

- ・ 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歳の方でインフルエンザ定期接種に該当する方の判断基準」のとおりです。視覚、聴覚、肢体不自由等の身体障害者1級相当の方は対象者に含まれません。
- ・ 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 接種回数

1回

※2回目以降を接種する場合は、任意接種となりますので、本市の接種券付き予診票を使用しないでください。

3 実施期間

令和8年10月15日（木）から令和9年3月31日（水）

※実施期間外（令和8年10月14日以前及び令和9年4月1日以降）における接種は、任意接種となります。

4 自己負担金

接種時に医療機関の窓口で次の自己負担金を徴収してください。

11,800円

※「6 自己負担金免除対象者」については、全額公費負担（自己負担なし）となります。

5 自己負担金免除対象者（「1 対象者」に限る。）

自己負担金免除となるのは、生活保護世帯又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、接種時に自己負担金免除対象者であることを確認する必要があります。確認書類は、別添3「自己負担金免除対象者の確認書類」のとおりです。

なお、徴収後、広島市から返還することはできません。

6 接種委託料

接種委託料は、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き、広島市から医療機関に支払います。

- (1) 一般： 3,850円
- (2) 免除者：15,650円
- (3) 予診のみ： 3,311円

7 接種券付き予診票の取扱い

右側が予診票、左側が説明書及び接種券です。記入漏れがないよう、必要事項は必ず全て記入してください。

(1) 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（氏名印＋認印）をしてください。

イ 接種にあたっては、接種日当日、医師の診察の後に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、家族の方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、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。

(2) 接種券について

ア 新型コロナウイルス感染症接種券（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。

なお、今年度から新たに「カナ氏名」「ロットシール貼付欄」を設けていますので、漏れなく記載・貼付してください。

イ 新型コロナウイルス感染症接種券（乙）（以下「接種券（乙）」という。）は、予防接種済証となります。必要事項を記載し、ワクチンのロット番号シールを貼付して、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。

8 接種委託料の請求方法

- ・接種券（甲）を「65歳以上・一般」、「65歳以上・免除」、「60～64歳・一般」、「60～64歳・免除」の4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、該当するものにチェックをしてください。誤って免除分を一般分として請求している場合があるため、一般分と免除分を正しく分けて請求してください。市民税の所得割非課税世帯に属する方の場合、代用となる書類（マイナ保険証等によるオンライン資格確認を含む。）で確認しても、「2. 市民税・県民税・森林環境税課税台帳記載事項証明書 等」にチェックをしてください。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、接種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。

注意事項	接種券（甲）は、予防接種記録情報を登録するためにも重要なものです。 被接種者等にボールペンを使用して丁寧に記入してもらってください（判読できない場合、正確に情報を登録できない可能性につながります）。 なお、被接種者記入後、適宜、医療機関において補記等していただくことは差し支えありません。
------	---

- ・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。また、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級を有する方はその写し、そうでない方は診断書又は別添2「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」以外の方は、任意接種（全額自己負担）となります。
- ・ 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」に該当する方のみです。
- ・ 身体障害者手帳は、60歳～64歳の方が定期接種の対象者に該当するかどうか確認するためのもので、自己負担金免除の確認書類とはなりません。別添3「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。

接種券付き予診票

※被接種者が保管

説明書	予診票 ※医療機関で保管
接種券（乙）	
接種券（甲）	
請求用：医療機関で回収	

60歳から64歳の方で新型コロナウイルス感染症定期接種に該当する方の判断基準

1 心臓機能障害

- (1) 次のいずれか2つ以上の所見があり、かつ、安静時又は自己身の日常生活活動でも心不全症状、狭心症症状又は繰り返しアダムスストークス発作が起こるもの。
 - ア 胸部エックス線所見で心胸比0.60以上のもの
 - イ 心電図で陳旧性心筋梗塞所見があるもの
 - ウ 心電図で脚ブロック所見があるもの
 - エ 心電図で完全房室ブロック所見があるもの
 - オ 心電図で第2度以上の不完全房室ブロック所見があるもの
 - カ 心電図で心房細動又は粗動所見があり、心拍数に対する脈拍数の欠損が10以上のもの
 - キ 心電図でSTの低下が0.2mV以上の所見があるもの
 - ク 心電図で第Ⅰ誘導、第Ⅱ誘導及び胸部誘導（ただしV₁を除く。）のいずれかのTが逆転した所見があるもの
- (2) ペースメーカーを植え込み、自己の身の日常生活活動が極度に制限されるもの、先天性疾患によりペースメーカーを植え込みしたもの又は人工弁移植、弁置換を行ったもの。

2 腎臓機能障害

腎臓機能検査において、内因性クレアチニンクリアランス値が10mL/分未満、又は血清クレアチニン濃度が8.0 mg/dL以上であって、かつ、自己の身の日常生活活動が著しく制限されるか、又は血液浄化を目的とした治療を必要とするもの若しくは極めて近い将来に治療が必要となるもの。

3 呼吸器機能障害

予測肺活量1秒率※、動脈血ガス及び医師の臨床所見により、呼吸困難が強いため歩行がほとんどできないもの、呼吸障害のため予測肺活量1秒率の測定ができないもの、予測肺活量1秒率が20以下のもの又は動脈血O₂分圧が50Torr以下のもの。

※予測肺活量1秒率とは、1秒量（最大吸気位から最大努力下呼出の最初の1秒間の呼気量）の予測肺活量（性別、年齢、身長で正常ならば当然あると予測される肺活量の値）に対する百分率である。

4 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

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

上記の者については、下記の症状があるため、60歳～64歳の新型コロナウイルス感染症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。)

1 心臓機能障害

- (1) 次のいずれか2つ以上の所見があり、かつ、安静時又は自身身の日常生活活動でも心不全症状、狭心症症状又は繰り返しアダムスストークス発作が起こるもの
 - ア 胸部エックス線所見で心胸比0.60以上のもの
 - イ 心電図で陳旧性心筋梗塞所見があるもの
 - ウ 心電図で脚ブロック所見があるもの
 - エ 心電図で完全房室ブロック所見があるもの
 - オ 心電図で第2度以上の不完全房室ブロック所見があるもの
 - カ 心電図で心房細動又は粗動所見があり、心拍数に対する脈拍数の欠損が10以上のもの
 - キ 心電図でSTの低下が0.2mV以上の所見があるもの
 - ク 心電図で第Ⅰ誘導、第Ⅱ誘導及び胸部誘導(ただしV₁を除く。)のいずれかのTが逆転した所見があるもの
- (2) ペースメーカーを植え込み、自己の身の日常生活活動が極度に制限されるもの、先天性疾患によりペースメーカーを植え込みしたもの又は人工弁移植、弁置換を行ったもの

2 腎臓機能障害

腎臓機能検査において、内因性クレアチニンクリアランス値が10mL/分未満、又は血清クレアチニン濃度が8.0mg/dL以上であって、かつ、自己の身の日常生活活動が著しく制限されるか、又は血液浄化を目的とした治療を必要とするもの若しくは極めて近い将来に治療が必要となるもの

3 呼吸器機能障害

予測肺活量1秒率※、動脈血ガス及び医師の臨床所見により、呼吸困難が強いため歩行がほとんどできないものの呼吸障害のため予測肺活量1秒率の測定ができないもの、予測肺活量1秒率が20以下のもの又は動脈血O₂分圧が50Torr以下のもの。
 ※予測肺活量1秒率とは、1秒量(最大吸気位から最大努力下呼出の最初の1秒間の呼気量)の予測肺活量(性別、年齢、身長で正常ならば当然であると予測される肺活量の値)に対する百分率である。

4 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

【資料】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（必ず接種時に確認してください）

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】
		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8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で確認してください。
	(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)	D	後期高齢者医療制度加入者（75歳以上の方等）である場合 後期高齢者医療資格確認書（有効期限が令和9年7月31日までのもの【紫色】） ※適用区分の欄に「区Ⅰ」又は「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り、被保険者からの申請がない場合は記載がないため、当該記載のない方については、他の書類等で確認してください。 ※後期高齢者医療資格確認書は、令和8年8月以降、85歳以上の方又は84歳以下でマイナ保険証を普段から利用されていない方に交付されます。 ▲マイナ保険証等でのオンライン資格確認により、自己負担限度額の区分が「低所得者Ⅰ」又は「低所得者Ⅱ」である方は確認書類としてみなすことができます。 ※《注意》区分が「一般Ⅰ」の場合でも、免除対象者となる方が含まれている可能性があります。その場合は、対象者にその旨を伝え、他の書類で確認してください。 〔オンライン資格確認に関するQ&Aを本市ホームページ（ページ番号：1037838）に掲載しています。〕
		E	社会福祉法人等利用者負担軽減確認証 【空色】
		F	中国残留邦人等支援給付に係る本人確認証 【白色】

《注意》
市民税均等割が課税（金額が記入）されている方についても、市民税所得割が非課税（0円）であれば、免除対象となります。

《具体例》
「市民税均等割は課税されているが、市民税所得割は非課税の方」などが、「一般Ⅰ」となる場合があります。
※所得割非課税世帯に属する方は、免除対象者です。

※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。

※有効期限が切れた後期高齢者医療資格確認書は、自己負担金免除対象者の確認書類にはなりません。

予防接種法に基づく新型コロナウイルス感染症予防接種説明書

見本

対象者

- 65歳以上の者（接種時に65歳以上になっていることが必要です。）
 - 60歳～64歳で、心臓、腎臓、呼吸器の機能又はヒト免疫不全ウイルスにより免疫の機能に身体障害者手帳1級相当の障害を有する者
- ※ 生活保護世帯・市民税所得割非課税世帯に属する方でも、①又は②に該当しない方は無料で接種を受けることはできません。

※予防接種を受ける前に、この説明書をよく読んで、気にかかることやわからないことがあれば、医師や看護師に質問してください。予防接種の必要性や副反応についてよく理解し、十分に納得した上で、接種を受けてください。

1 新型コロナウイルス感染症とは

新型コロナウイルス（SARS-CoV-2）はコロナウイルスのひとつです。コロナウイルスには、一般の風邪の原因となるウイルスや、「重症急性呼吸器症候群（SARS）」や平成25年以降発生している「中東呼吸器症候群（MERS）」の原因となるウイルスが含まれます。

新型コロナウイルス感染症は無症状のまま経過する人もいますが、発熱、呼吸器症状（咳、咽頭痛）、頭痛、倦怠感などのインフルエンザ様症状が多くみられます。

新型コロナウイルス感染症と診断された人のうち、重症化する人の割合や死亡する人の割合は年齢によって異なり、高齢者は高い傾向にあります。

2 新型コロナウイルス感染症の予防接種について

新型コロナウイルス感染症の予防接種については、令和6年度以降、重症化予防を目的とした定期接種として実施されることになりました。

また、新型コロナワクチンについては、新型コロナウイルス感染症にかかった場合の入院や死亡等の重症化を予防する効果が示されています。

3 新型コロナウイルス感染症の予防接種を受けることができない人

- 明らかに発熱がある人（通常は37.5℃を超える場合）
 - 重い急性の病気にかかっていることが明らかな人
 - 新型コロナワクチンの成分に対し重度の過敏症※の既往歴のある人。
- ※ アナフィラキシーや、全身性の皮膚・粘膜症状、喘鳴、呼吸困難、頻脈、血圧低下等、アナフィラキシーを疑わせる複数の症状、前回までの接種でこれらの症状があった人は、同一の成分を含むワクチンの接種はできません。
- その他、医師が不適当な状態と判断した場合

（うらに続く）

新型コロナウイルス感染症接種券（乙）【予防接種済証（定期接種）】【被接種者控え】

- 予防接種を受ける前に、以下の太枠内に必要事項を記入してください。
- （甲）は医師に提出し、（乙）はこの予防接種を受けたことを証明するものですから、大切に保管してください。
- この券は、接種時に広島市内に住民登録をしている方のみ使用できます。
- 接種料金の一部自己負担が必要です。
- 生活保護世帯、市民税所得割非課税世帯に属する方は、自己負担金免除となる制度があります。生活保護世帯に属する方は、「被保護者証明書（夜間・休日等受診用）」、市民税所得割非課税世帯に属する方は、「市民税・県民税・森林環境税課税台帳記載事項証明書」等の確認書類を、接種時に医療機関にお持ちください。

※接種後に確認書類をお持ちいただいても、費用をお返しすることはできません。

住所	広島市			
	区	町	丁目	番 号 (号室)
氏名	生年月日	大正・昭和（←いずれかに○） 年 月 日		

接種年月日	令和 . .
ワクチン名 ／メーカー ・ロット番号	

医療機関所在地

医療機関名

電話番号

接種医師氏名

広島市長（公印省略）

きりとり線

新型コロナウイルス感染症接種券（甲）（定期接種）【請求用】

広島市

注意 ●自己負担金免除対象者確認書類は、必ず接種時に医療機関に提示してください。接種後に確認書類をお持ちいただいても、費用をお返しすることはできません。

▼黒ボールペンで住民登録している住所と氏名・カナ等を丁寧に記入してください。（読めない場合、個人の接種情報が正確に登録できない場合があります）

住所	広島市			
	区	町	丁目	番 号 (号室)
カナ	生年月日	(↓いずれかに○) 大正・昭和 年 月 日		
氏名	生年月日	年 月 日		

医療機関コード（7桁）	
接種年月日	令和 . .

▼ロットシール貼付

ロットシール

↓ 確認した書類のいずれかに ☑ をしてください。

自己負担金免除対象者確認書類【接種時に確認】
☐ 1. 被保護者証明書（夜間・休日等受診用）
☐ 2. 市民税・県民税・森林環境税課税台帳記載事項証明書 等

医療機関所在地

医療機関名

電話番号

接種医師氏名

4 新型コロナウイルス感染症の予防接種を受ける際に、担当医師とよく相談しなければいけない人

- (1) 抗凝固療法を受けている人、血小板減少症または凝固障害のある人
- (2) 過去に免疫不全の診断を受けた人、近親者に先天性免疫不全症の方がいる人
- (3) 心臓、腎臓、肝臓、血液疾患や発育障害などの基礎疾患のある人
- (4) 過去に予防接種を受けて、接種後2日以内に発熱や全身性の発疹等のアレルギーが疑われる症状がでた人
- (5) 過去にけいれんを起こしたことがある人
- (6) 本ワクチンの成分に対して、アレルギーが起こるおそれがある人
- (7) 腎機能障害のある人
- (8) 肝機能障害のある人

5 予防接種を受けた後の注意

- (1) 接種後約30分は、急な副反応が起こることがあります。接種後一定時間は接種施設で待機するか、医師とすぐ連絡が取れるようにしておいてください。また、接種後、数日以内に注射部位の疼痛、疲労、頭痛、筋肉痛などの症状が起こることがあります。
- (2) 接種当日はいつもの生活で構いませんが、激しい運動や大量の飲酒は避けてください。
- (3) 接種当日の入浴は差し支えありませんが、注射部位を強くこすことはやめてください。

6 新型コロナウイルス感染症予防接種の副反応

- (1) 主な副反応は、注射した部分の痛み、頭痛、関節や筋肉の痛み、疲労、寒気、発熱などがあります。
また、稀に起こる重大な副反応として、ショックやアナフィラキシーがあります。なお、本ワクチンは、新しい種類のワクチンのため、これまでに明らかになっていない症状が出る可能性があります。
接種後に気になる症状があった場合は、接種医あるいはかかりつけ医に相談してください。
- (2) ごく稀ではあるものの、ワクチン接種後に心筋炎や心膜炎を疑う事例が報告されています。接種後数日以内に胸の痛みや動悸、息切れ、むくみ等の症状が現れたら、速やかに医療機関を受診してください。
- (3) ごく稀ではあるものの、mRNA ワクチン接種後にギラン・バレー症候群が報告されています。接種後、手足の力が入りにくい、しびれ等の症状が現れたら、速やかに医療機関を受診してください。

7 新型コロナウイルス感染症の予防接種による健康被害救済制度について

定期の予防接種によって引き起こされた副反応により、医療機関での治療が必要になったり、生活に支障が出るような障害を残すなどの健康被害が生じた場合には、予防接種法に基づく補償を受けることができます。

健康被害の程度等に応じて、医療費、医療手当、障害年金、遺族年金、遺族一時金、葬祭料の区分があり、法律で定められた金額が支給されます。遺族年金、遺族一時金、葬祭料以外については、治療が終了する又は障害が治癒する期間まで支給されます。

ただし、その健康被害が予防接種によって引き起こされたものか、別の要因（予防接種をする前あるいは後に紛れ込んだ感染症あるいは別の原因等）によるものなのかの因果関係を、予防接種・感染症医療・法律等、各分野の専門家からなる国の審査会で、予防接種に起因するものである旨の認定を受ける必要があります。

※ 給付申請の必要が生じた場合には、診察した医師、お住まいの区の保健センター又は広島市健康福祉局健康推進課へご相談ください（医療費等には請求期限があります。）。

【連絡先】 各区保健センター（市外局番 082-）				健康福祉局健康推進課 504-2882			
中	504-2528	東	568-7729	南	250-4108	西	294-6235
安佐南	831-4942	安佐北	819-0586	安芸	821-2809	佐伯	943-9731

予防接種法に基づく新型コロナウイルス感染症予防接種予診票

広島市

【対象者】① 65歳以上の者
② 60～64歳で、心臓、腎臓、呼吸器の機能又はヒト免疫不全ウイルスによる免疫の機能に身体障害者手帳1級相当の障害を有する者
※生活保護世帯・市民税所得割非課税世帯に属する方でも、①②以外の方は有料（全額自己負担）です。
※黒のボールペンで記入してください（鉛筆・消せるボールペン不可）。

医療機関
コード
(7桁)

診察前の体温

度 分

住所	広島市	区	町	丁目	番	号	(号室)
氏名	見本		生年月日	大正・昭和	年	月	日生
				(↑いずれかに○)			男・女
					(満	歳)	

質問事項	回答欄	医師記入欄
今日の新型コロナウイルス感染症予防接種について説明書を読み、理解しましたか。	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	
接種を受ける人は広島市民ですか（接種時に広島市に住民登録をしていますか）。	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	
免疫不全と言わ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	
新型コロナウイルス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	
・その際に具合が悪くなったことはありますか。	はい いいえ	
・新型コロナウイルス感染症以外の予防接種の際に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	
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。	はい いいえ	
病名（	はい いいえ	
その病気の主治医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	
（接種対象者で②に該当する場合は、予防接種該当者確認書又は身体障害者手帳の写しを添付）		
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	
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	

（注）予診のみの請求は、被接種者の体調により接種を見合わせる場合で、同日に、保険診療を行っていないもののみ可能です。
請求の際は、医療機関コードを用紙右上に記載してください。

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。 見合わせる理由（ 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をしました。 医師署名 又は 記名押印
-------	--

ワクチンロット番号	接種量	医療機関所在地
ワクチン名	筋肉内 mL	医療機関名
Lot No.	接種部位	接種医師氏名
	右腕・左腕・その他	接種(予診)年月日 令和 年 月 日

（注）有効期限が切れていないか要確認



注意）裏面にも本人記入事項があります

新型コロナウイルス感染症予防接種確認書

(注) 接種日当日、医師の診察の後に記入してください。

定期接種を受ける場合、本人自らが接種に同意※し、この確認書に署名することが必要です。

※ご家族の同意ではありません。

■ 接種における同意について

接種に当たっては、ご本人自身が接種に同意していることが必要です。

※ 予防接種法に基づく新型コロナウイルス感染症予防接種は、対象者が接種を希望する場合にのみ接種を行うこととされており、本人の意思が確認しにくい場合は、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。それでも意思確認ができない場合は、予防接種法に基づく接種を受けることはできず、任意の接種となり全額自己負担となります。

- ・ 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。

いずれかに○をしてください。→ (希望します ・ 希望しません)

■ 署名について

本人が署名します。もし、本人が自署できない場合は、本人の同意を得て、家族の方等が被接種者の氏名を代筆してください。

- ・ 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、本予診票が広島市に提出されることに同意します。

令和 年 月 日 被接種者氏名

↑ 接種（予診）年月日と同日

代筆者が署名した場合、下記の **代筆者記載事項** にも記入が必要です。

*上記枠内を本人が自署している場合は、下記の記入は不要です。

代筆者記載事項

- ・ 新型コロナウイルス感染症予防接種確認書を代筆者が代筆する場合は、本人の同意を得て代筆してください。また、代筆した場合は、代筆者の氏名、被接種者との関係等を以下に記入してください。

↓ いずれかに☐のうえ、記入

☐ 代筆者が家族の場合

・ 代 筆 者 氏 名 : _____

・ 被 接 種 者 と の 関 係 (続 柄) : _____

☐ 代筆者が家族以外の場合

※被接種者の家族以外の方が代筆した場合は、代筆者が署名した理由についても記入が必要です。

・ 代 筆 者 氏 名 : _____

・ 被 接 種 者 と の 関 係 : _____

↑ 施設等の職員の場合、「施設名・職名」を記入

・ 家族以外の代筆者が署名した理由 : 該当する番号に○をしてください。

1. 接種日当日に家族が来院することができなかったため

2. 身寄りがない等、単身者のため

▶ インフルエンザ ▶ 新型コロナウイルス感染症

接種時に**広島市内に住民登録**があり、次の ① ② のいずれかに該当する方

〔広島市から転出した場合、本市の接種券等は使用できません。
予防接種の受け方については、転出先の自治体にご相談ください。〕

対象者

①接種時に **65歳以上** の方（65歳の誕生日の前日から接種可能）

②接種時に **60～64歳** の方で、**心臓、腎臓、呼吸器の機能の障害** 又は **ヒト免疫不全ウイルスによる免疫機能の障害** を有し、その障害が **身体障害者手帳1級相当** である方

▲接種の際、予防接種該当者確認書又は身体障害者手帳が必要です。

接種期間

【インフルエンザ】令和8年10月15日(木) から 令和9年1月31日(日) まで

【新 型 コ ロ ナ】令和8年10月15日(木) から 令和9年3月31日(水) まで

▲上記接種期間中に、

☐ インフルエンザ **1回**

使用するワクチン	接種料金（自己負担額）
標準量インフルエンザHAワクチン	1,600 円

※高用量インフルエンザHAワクチン「エフルエルダ®筋注」は選択できません。

接種回数

使用するワクチン

接種料金

☐ 新型コロナウイルス感染症 **1回**

使用するワクチン	接種料金（自己負担額）
医療機関により異なります。 詳しくは接種を希望される医療機関へ お問合せください。	11,800 円

広島市内又は安芸郡内 の医療機関で接種を希望する場合

以下のものを持参して医療機関で接種を受けてください。

※予約が必要な場合があります。接種を受ける前に、希望する医療機関にお問い合わせください。

☐ 住所、氏名、年齢（生年月日）が確認できるもの

▲ マイナンバーカード、運転免許証等

☐ 〈対象者②に該当する方〉障害の程度が確認できる書類（身体障害者手帳等）

☐ 接種料金（自己負担金）

▲ 生活保護世帯や市民税所得割非課税世帯に属している方は自己負担金が免除されます
（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が条件です）。

接種を受ける際に、裏面の書類のいずれかを医療機関に提示してください。

接種の 受け方

（裏に続く）

接種の 受け方 (つづき)

■ 自己負担金免除確認書類（いずれかを医療機関で提示）

- ▶ 自己負担金免除の確認は、医療機関で接種を受ける際に受けてください。
後日、遡って、適用を受けることはできません。

生活保護世帯に属している方

A 被保護者証明書（夜間・休日等受診用） 空色

市民税所得割非課税世帯に属している方

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）

C 介護保険料納入通知書

——令和8年6月末時点で65歳以上の方に送付されています。

※定期接種のための再発行はできません。

——記載されている所得段階が第1段階～第3段階で、令和8年8月以降の日付のもののみ使用できます。

D 後期高齢者医療制度加入者（75歳以上の方等）である場合

- ◆後期高齢者医療資格確認書（有効期限が令和9年7月31日までのもの【紫色】）をお持ちの方
——適用区分の欄に「区Ⅰ」又は「区Ⅱ」の記載があるものに限ります。

※後期高齢者医療資格確認書は、令和8年8月以降、85歳以上の方又は84歳以下でマイナ保険証を普段から利用されていない方に交付されています。

※自己負担限度額等の適用区分は任意記載事項であり、被保険者からの申請がない場合は記載がないため、当該記載のない方については、他の書類等を使用してください。

- ◆「マイナ保険証」を利用されている方など上記に当てはまらない方
——医療機関等がオンライン資格確認で照会することで、免除対象者であることの確認を受けることができる場合があります。

マイナ保険証等によるオンライン資格確認での確認を希望する方は、医療機関でその旨を申し出てください。

※ただし、医療機関で、マイナ保険証等で免除対象者であることが確認できないとされた方は、他の書類を使用してください。

E 社会福祉法人等利用者負担軽減確認証 空色

F 中国残留邦人等支援給付に係る本人確認証 白色

広島市内・安芸郡 以外 の医療機関で接種を希望する場合

事前に手続（※）が必要です。詳しくは各区保健センターにお問い合わせください。

※10月15日（木）から受け付けます。

注意事項

- ・ 接種対象者以外の方や、接種期間外の接種にかかる費用は全額自己負担（任意接種）となります。その場合、健康被害が生じた際に、法に基づく救済を受けることができません。
- ・ 予防接種券のうち、（甲）は医療機関に提出し、（乙）は予防接種を受けたことを証明するものですので、大切に保管してください。

【お問い合わせ先（電話番号）】

▶ 各区保健センター地域支えあい課 平日8時30分～17時15分

市外局番	中：504-2528	南：250-4108	安佐南：831-4942	安芸：821-2809
082-	東：568-7729	西：294-6235	安佐北：819-0586	佐伯：943-9731