

## 千葉県おたふくかぜ任意予防接種費用助成事業実施要綱

### (目的)

第1条 この要綱は、おたふくかぜ任意予防接種（以下「予防接種」という。）の費用の一部を助成することにより、市民が予防接種を受けやすい環境を提供し、おたふくかぜに起因する病気の発症及び重症化を予防することをもって市民の健康増進を図ることを目的とする。

### (実施主体)

第2条 この予防接種の実施主体は千葉県とする。

### (実施方法)

第3条 この要綱に基づく予防接種は、市長が一般社団法人千葉県医師会及び市内の医療機関と委託契約を締結し、個別接種によりこれを行うものとする。

### (対象者)

第4条 対象者は予防接種を実施する時点において、本市に住民登録がある者であつて、次の各号に掲げる者とする。

(1) 第1期として、令和7年4月2日以降に生まれた、満1歳以上2歳未満の者。

(2) 第2期として、満5歳以上7歳未満の者であつて、小学校就学の始期に達する日の1年前の日から当該始期に達する日の前日までの間にある者。

2 前項の規定にかかわらず、おたふくかぜ罹患歴のある者及び予防接種法施行規則（昭和23年厚生省令第36号）第2条に規定する予防接種不適合者に該当する者は対象外とする。

### (接種回数)

第5条 本事業の対象となる予防接種の回数は、対象者1人につき2回を限度とする。ただし、対象者が前条第1項各号に該当する期間（第1期又は第2期）につき1回までを限度とする。

### (協力医療機関)

第6条 対象者は、原則として一般社団法人千葉県医師会の会員又は市長と委託契約を締結した医療機関等（以下「協力医療機関」という。）にて予防接種をうけるものとする。

2 協力医療機関は、ワクチンの添付文書の記載事項を遵守し、医療機関に通常求められる注意義務のもと適切に予防接種を実施するものとする。

### (予診票)

第7条 第4条の対象者は、市長の指定するおたふくかぜ任意予防接種予診票（様式第1号）を使用するものとする。

### (医療機関からの報告)

第8条 協力医療機関は、前条の予診票を月ごとに取りまとめ、市長が別途指定する実施報告書兼請求書とともに、翌月10日までに市長へ提出するものとする。

(自己負担金)

第9条 予防接種を受けた者(以下「被接種者」という。)は、自己負担金として、各医療機関の接種料金から2,000円を差し引いた額を協力医療機関に支払うものとする。

(副反応の報告)

第10条 協力医療機関は、所定の副反応症状を診断した場合、速やかに独立行政法人医薬品医療機器総合機構へ報告するものとする。

(事故防止等)

第11条 協力医療機関は、事故防止に努めるものとし、当該予防接種にかかる事故等が発生した場合は、速やかに市長に報告するものとする。

2 市長は、前項の規定により報告を受けたときは、速やかに医療専門家等により構成する委員会を開催し、その意見に基づいて必要な措置を講ずるものとする。

(健康被害に対する措置)

第12条 被接種者が疾病にかかり、障害の状態になり、又は死亡した場合において、当該健康被害が予防接種を受けたことによるものであると認められた場合は、千葉県市町村予防接種事故補償等条例(昭和52年千葉県市町村総合事務組合条例第19号)により救済手続きを行う。

2 前項の規定は、予防接種により健康被害を受けた者が独立行政法人医薬品医療機器総合機構法(平成14年法律第192号)に基づく救済手続きを行うことを妨げるものではない。

(その他)

第13条 この要綱に定めのない事項については、医療機関に通常求められる注意義務のもと、適切に実施するものとする。

附 則

この要綱は、令和8年4月1日から施行する。

06 【任意接種】 おたふくかぜ 予防接種予診票 千葉市 02 おたふく

保護者の方は、本欄枠内を記入してください。

接種回数	←第1期は1、第2期は2を記入してください。	
住所	千葉市 区	電話 — —
予防接種番号	実施日 ※医療機関記載欄	
フリガナ	性別	西暦 20 年 月 日
氏名	保護者氏名	
生年月日	子の満年齢	歳 か月

(↑予防接種番号シールをはってください) 診察前の体温 度 分

質問事項	回答欄		医師記入欄
(第2期の方のみ)小学校入学の前年度(保育園・幼稚園の年長クラス)ですか。		はい	
生まれてから今までに、おたふくかぜと診断を受けたことはありますか。 ※回答が「はい」の方は、予防接種費用助成の対象となりません。	はい	いいえ	
今日受ける予防接種について、千葉市配布「予防接種で元気な子ども」を読みましたか。		はい	
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。	あった	なかった	
出生後に異常がありましたか。	あった	なかった	
乳幼児健診で異常と言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。 具体的な症状を書いてください。( )	はい	いいえ	
最近1か月以内に病気にかかりましたか。 病名( 月 日: )	はい	いいえ	
1か月以内に、家族や遊び仲間にはしか、風しん、みずぼうそう、おたふくかぜなどの病気の方がいましたか。病名( 月 日: )	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(投薬など)を受けていますか。 病名( )	はい	いいえ	
その病気の主治医には、今日の予防接種を受けてよいと言われましたか。	いいえ	はい	
ひきつけ(けいれん)をおこしたことがありますか。( 歳 か月頃)	はい	いいえ	
そのとき熱がでましたか。	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、体の具合が悪くなったことがありますか。	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ことがありますか。 予防接種名( )	ある	ない	
近親者に予防接種を受けて具合が悪くなった方はいますか。	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	
1か月以内に、予防接種を受けましたか。(日付:種類) ( 月 日: ) ( 月 日: ) ( 月 日: )	はい	いいえ	
6か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	
今日の予防接種について質問がありますか。ある場合( )	はい	いいえ	

※この用紙は、機械で読み取りますので、黒ボールペンで丁寧に書いてください。

メーカー名	実施医療機関名		コード
Lot.No.			
有効期限	西暦 年 月 日		
接種の適否	接種量	接種医師名(接種否の場合は判定医師)	コード
1. 適否	1. 0.5ml	皮下接種	

医師の記入欄  
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**

保護者(または代理人)の記入欄 (※代理人が記入する場合は、別途「委任状」が必要です)  
医師の診察・説明を受け、予防接種の効果・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うえで、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。「同意しません」は接種できません。  
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。このことを理解のうえ、本予診票が千葉市に提出されることに同意します。  
**保護者(または代理人)自署**

(注)ガンマグロブリンは、血漿製剤の一種で、大腸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、この注射を3〜6か月以内に受けた方は、新しいなどの予防接種の効果が出ないことがあります。

おたふくかぜ予防接種 (医療機関控用)

- 1 被接種者氏名( ) 生年月日 年 月 日
- 2 住所 千葉市 区
- 3 接種年月日 年 月 日 メーカー名 LotNo.