

千葉県带状疱疹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、带状疱疹任意予防接種（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、带状疱疹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市とする。

(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市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、次の各号全てに該当する者とする。

(1) 満50歳以上かつ65歳未満の者。ただし、令和8年4月1日から令和12年3月31日までの間においては、満50歳以上の者。

(2) 予防接種法施行令（昭和23年政令第197号）第3条に規定する带状疱疹定期接種対象者に該当しない者

2 前項の規定にかかわらず、過去に生ワクチンを1回又は不活化ワクチンを2回接種した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相当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人につき生ワクチン1回又は不活化ワクチン2回とする。

(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市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、「千葉県带状疱疹予防接種の手引き」及び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、市長の指定する带状疱疹予防接種予診票（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生ワクチンは2,000円、不活化ワクチンは5,000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、「千葉県市帯状疱疹予防接種の手引き」、ワクチンの添付文書及び予防接種関係法令の規定に準じる。

附 則

この要綱は、令和8年4月1日から施行する。

【千葉市】 带状疱疹予防接種予診票

※医療機関記入欄（該当する方にチェックを入れてください） 定期接種 任意接種(市内協力医療機関のみ)

フリガナ				男・女	電話	-	-
氏名							
住所	千葉市	区					
生年月日	大正	年	月	日生()歳	本日の体温		度 分

※太線の中を記入してください。

質問事項	回答欄		医師記入欄
带状疱疹の予防接種を受けたことがありますか。	はい	いいえ	
(今回の接種が2回目の場合)前回接種したワクチンの種類、接種年月日を記載してください。 ※ワクチンの種類は①生ワクチン、②不活化ワクチン、③その他のうち、いずれか一つを○で囲んでください。	① / ② / ③	年 月 日	
今日の予防接種について、裏面記載の注意事項を読みましたか(まだの方は必ずお読みください)。	/	はい	
現在、何か病気にかかっていますか(高血圧など、定期的に薬を処方されている疾患も含む)。 病名()	はい	いいえ	
今までに心臓病、腎臓病、肝臓病や血液、免疫不全、けいれんの病気など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から今回の予防接種を受けても良いといわれていますか。	いいえ	はい	
免疫不全と診断されたことがありますか。※免疫が低下している方は、生ワクチンを接種できません。	はい	いいえ	
今、体の具合の悪いところがありますか。 悪いところを記入してください。()	はい	いいえ	
薬や食べ物でじんましんなどのアレルギーが出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。予防接種の種類()	はい	いいえ	
ひきつけ(けいれん)をおこしたことがありますか。最後のけいれんは()歳頃	はい	いいえ	
1か月以内に熱がでたり、病気にかかりましたか。病名()	はい	いいえ	
1か月以内に予防接種を受けましたか。予防接種名(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	

医師記入欄	以上の問診及び診察の結果、本日の予防接種は(可能 ・ 見合わせる) 本人に対して、予防接種の効果・目的、接種するワクチンの有益性及び副反応並びに予防接種健康被害救済制度について、説明した。 医師署名又は記名押印 (ゴム印の場合は押印してください)
-------	---

被接種者の記入欄

医師の診察・説明を受け、予防接種の効果・目的、接種するワクチンの有益性、重篤な副反応の可能性などについて理解した上で、
 (生ワクチンの接種を希望します ・ 不活化ワクチンの接種を希望します ・ 予防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、本予診票が千葉市に提出・保存されることに同意します。

令和 年 月 日 被接種者(または代筆者)自署 (続柄:)

(※自署できない場合は本人の接種意思を確認した上で代筆者が署名し、代筆者氏名及びカッコ内に被接種者との続柄を記載)

メーカー名	接種量	接種量	医療機関名
Lot No.	生ワクチン 皮下接種 0.5ml	不活化ワクチン 筋肉内接種 0.5ml	
有効期限	年 月 日		
接種年月日	年 月 日		

(切り取り)

【千葉市】 带状疱疹予防接種(医療機関控)

1 被接種者名 _____ 2 生年月日 大正・昭和 年 月 日生

3 接種年月日 _____ 年 月 日 4 メーカー名 Lot No. _____

(切り取り)

【千葉市】 带状疱疹予防接種済証(本人控)

1 被接種者名 _____ 2 生年月日 大正・昭和 年 月 日生

3 接種年月日 _____ 年 月 日 医療機関名 _____

4 メーカー名 Lot No. _____ 接種医師名 _____