

令和8年度北杜市带状疱疹予防接種費用助成事業実施要領

1 実施期間

令和8年4月1日～令和9年3月31日

※令和8年4月1日前や指定医療機関以外での接種は、全額自己負担となります。

2 実施方法及び実施場所

予防接種の実施は、市と接種契約を締結した医療機関及（以下「接種医療機関」という。）において実施する。

3 接種対象者及び実施期間

接種対象者	実施期間
接種を受けることができる者は、本市の住民基本台帳に記載されている者であって次に掲げるものとする。 1 令和8年度内に50歳、55歳、60歳となる者。	令和8年4月1日～ 令和9年3月31日

4 助成金額

（1）接種に係る助成額は生ワクチン 4,500円/回、組換えワクチン 11,000円/回とする。
ただし接種医療機関の定めるワクチン接種費用が、4,500円、11,000円に満たないときは、当該接種費用を委託料とする。

（2）費用助成は一律であり、生活保護受給者への自己負担免除対応はありません。

（3）組換えワクチンは1回につき11,000円（合計2回で22,000円）の費用助成とする。

※「ワクチン接種見合わせ」となり、予診のみで接種に至らなかった場合は費用助成の対象としない。助成は接種を完了した者のみ対象とする。

5 接種方法及び使用ワクチン

接種方法	接種量	使用ワクチン
皮下注射 1回接種	0.5ml	ビケン（乾燥弱毒生水痘ワクチン）
筋肉内注射 2回接種	0.5ml	シングリックス（乾燥組換え带状疱疹ワクチン）

6 接種対象者への周知

接種対象者へはホームページ、広報紙のほか適宜な方法をもって周知に努める。

7 接種希望者の接種手続

（1）接種希望者は、保険証等の年齢を確認できるものを接種医療機関に持参し、接種を受けることとする。

（2）接種希望者は、医療機関に備え付けの予診票に必要事項を記入のうえ、接種医療機関に提出する。

（3）代理受領を利用する場合、接種希望者は「北杜市带状疱疹予防接種費用助成券」を接種医療機関へ持参する。

8 予診と接種の実施

（1）予診

接種医療機関は、予診票に必要事項を記入させ、接種対象者であることを確認する。

予診を行うにあたっては、接種対象者が接種案内について読み、予防接種の必要性等を理解しているかを確認し、読んでいない場合は必ず読ませる。

また、接種不適当者あるいは接種要注意者に該当しないか、さらに接種対象者の健康状態を把握するために接種医療機関において、予診票に基づく問診、検温、視診、聴診等の診察を行い、予診を尽くす。

(2) 接種

ア 接種を行うに際し、対象者の接種を受ける希望の有無を確認し、被接種者が予診票に接種希望の署名をした後、本要領5のワクチンを使用して接種する。

イ 接種希望であることが確認できた場合に接種を行うこと。対象者の意志確認が最終的にできない場合は接種しないこと。

ウ 他の予防接種と接種間隔を確認すること。

(3) 接種済証の交付

予防接種を行った際は、北杜市の定める様式による带状疱疹予防接種済証を交付するものとする。

(4) 接種後の処理

ア 予診票に必要事項を記載して、医療機関控えを5年間保管する。

イ 接種後の注意を説明するとともに、必要な指導を行う。

9 接種料の請求及び支払方法

(1) 代理受領方式の場合

ア 接種医療機関は、「北杜市带状疱疹予防接種費用助成金請求書(代理受領用)」を使用し請求を行う。

イ 請求書には、接種済みの枚数分の「北杜市带状疱疹予防接種費用助成券」を添付し翌月10日までに北杜市へ送付するものとする。

ウ 北杜市長は、請求内容を確認の上、その月の末日までに接種医療機関の指定する金融機関へ口座振り込みを行う。

(2) 償還払い方式の場合

ア 接種対象者は、接種後に費用の全額を医療機関へ支払い、助成額を北杜市へ申請する。

イ 申請には、領収書及び接種証明書を添付すること。

10 その他

(1) 令和8年4月1日以前の接種や市内指定医療機関以外での接種は、全額自己負担となる。

(2) 過去に接種歴のある方は対象外とする。

(3) 既に組換えワクチンを1回任意接種として行った場合は、2回目の接種は助成の対象となる。

様式第 5 号（第 1 0 条関係）

北杜市带状疱疹予防接種費用助成金請求書（代理受領用）

年 月 日

北杜市長 大 柴 邦 彦 様

請求者 住 所

施設名

代表者

㊞

北杜市带状疱疹予防接種費用助成事業実施要綱第 6 条第 1 項の規定により次の助成対象者から委任を受けた带状疱疹予防接種に係る助成金の受領をしたいため、助成金の交付を受けたいので、北杜市带状疱疹予防接種費用助成事業実施要綱第 1 0 条第 2 項の規定により、請求します。

【 年 月分】

種類	単価	件数	金額（円）
生ワクチン	円	件	円
組換え ワクチン	円	件	円

請求額	円			
振込先口座	金融機関名		本支店名	
	種別	普通・当座	口座番号	
	(フリガナ) 口座名義人			
添付書類	☐ 交付決定者から代理受領の委任を受けたことが確認できる助成券 ☐ その他（ ）			

検 収	上記の予防接種について上記のとおり実施されたことを確認しました。 令和 年 月 日 所 属 福祉保健部 健康増進課 氏 名 印
-----	--

令和8年度北杜市带状疱疹予防接種者名簿

医療機関名

実施年月 令和 年 月分

[illegible]