令和８年度北杜市新型コロナウイルス予防接種実施要領

１　目的

この要領は、北杜市（以下「市」という。）が実施する新型コロナウイルス予防接種業務の円滑な運営を期するために必要な事項を定める。

２　実施方法及び実施場所

予防接種の実施は、市と委託契約を締結した医療機関及び山梨県内の予防接種相互乗り入れを承諾した医師の属する医療機関（以下「委託医療機関」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
予防接種費用の助成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者とする。 １　６５歳以上の者。 ２　６０歳以上６５歳未満の者であって心臓、じん臓若しくは呼吸器の機能又はヒト免疫不全ウィルスによる免疫の機能に障害を有する者として厚生労働省令で定める者。	令和８年１０月１日～ 令和９年３月３１日

４　接種費用

（１）接種に係る委託料は７，８００円とする。ただし委託医療機関の定めるワクチン接種費用が、７，８００円に満たないときは、当該接種費用を委託料とする。

（２）委託医療機関の接種費用が委託料を上回る場合は、委託料を控除した金額は被接種者の負担とし、委託医療機関の窓口において徴収する。ただし、被接種者が生活保護法の規定による保護を受けている場合は免除とし、市が全額負担するものとする。

（３）前項ただし書きの規定により接種費用の免除を受けようとする者は、接種を受ける際に被保護証明書を委託医療機関に提出しなければならない。

５　接種対象者への周知

接種対象者へは個別通知を行うことに併せ、広報紙のほか、適宜な方法をもって周知に努める。

６　接種対象者の接種手続

（１）接種対象者は、マイナ保険証（または資格確認書）を委託医療機関に持参し、接種を受けることとする。

（２）接種対象者は、（１）に加え、送付されている予診票（色：黄色）に必要事項を記入のうえ、委託医療機関に提示する。

７　予診と接種の実施

（１）予診

委託医療機関は、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、接種する。

イ　対象者の意志確認が困難な場合は、家族又はかかりつけ医の協力により対象者本人の意思確認をすることとし、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。再交付の予診票を持参した場合、接種履歴を十分確認すること。

（３） 接種済証の交付

予防接種を行った際は、市の定める様式による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。

（５） 接種委託料の請求及び支払方法

ア 接種委託料の請求は、所定の北杜市個別予防接種費請求書を使用するものとする。

イ 北杜市個別予防接種費請求書には、必ず予診票を請求内容に合致した数だけ添付し、個別接種名簿とともに毎月１０日までに市へ送付するものとし、市長はその末日までに委託医療機関の指定する金融機関へ口座振り込みするものとする。

８　予防接種時の間違い報告

予防接種を実施する際、万が一誤って異なるワクチンを接種した、有効期限切れのワクチンを接種した等の間違いが発生した場合は、速やかに市に報告する。

９　副反応発生時の対応

（１） 接種医又は北杜市長は被接種者から接種後の副反応の相談や連絡を受けたときは、必要な指導又は処理を行い、その結果について確認する。

（２） 法の規定による副反応疑い報告については、「定期の予防接種等による副反応疑いの報告等の取扱いについて」（平成２５年３月３０日付け健発０３３０第３号、薬食発０３３０第１号厚生労働省健康局長、医薬食品局長連名通知）を参照すること。

（３） 市長は予防接種との因果関係が否定できない事例で死亡したり、又は通常生ずる副反応の程度を越える健康被害が発生した場合には、ただちに調査し、対応する。

（４） 定期の予防接種について、副反応の報告基準に該当する症状を診断したときは、速やかに（独）医薬品医療機器総合機構（ＰＭＤＡ）へ報告すること。詳細については、厚生労働省「定期の予防接種等による副反応疑いの報告等の取扱いについて」を参照すること。

１０　予防接種全般にわたる協議

その他、本要領にない事項は北杜市健康増進課において、その都度協議を行う。

１１　予防接種費用の償還払い

（１） 市内に住所を有する対象者が県外施設への入所等やむを得ない事情により、市と契約した委託医療機関以外で予防接種を受けた場合、当該予防接種を受けた対象者は医療機関に支払った当該接種費用を市長に請求することができる。ただし、その費用は当該接種費用から自己負担額を差し引いた額で、市が契約した委託医療機関の委託料を限度とする。

（２） （１）の対象者が生活保護を受けている場合は、当該接種費用から当該委託料を差し引いた自己負担額を免除とし、市が全額負担するものとする。接種費用の免除を受けようとする者は、接種を受ける際に生活保護受給証明書を委託医療機関に提示しなければならない。委託医療機関は生活保護受給証明書を確認した上で予防接種を行うものとする。

（３） （１）の規定により請求をしようとする者は、Ｂ類疾病予防接種費用助成申請書兼請求書に次の書類を添えて市長に申請するものとする。

ア 予防接種済証

イ 領収書（原本）

ウ 振込金融機関口座が確認できる通帳の写し

エ 市長は、（３）の請求書を受理した場合はその内容を精査し、適当と認めたときは請求者に当該請求に係る予防接種の費用を支払うものとする。

□北杜市新型コロナウイルス予防接種済証

被接種者の住所　北杜市

被接種者の氏名

生年月日　大正 昭和　年　月　日

予防接種を行った年月日　令和　年　月　日

ワクチン名　製造業者名　ロット番号

医療機関名

接種を行った医師名　印

□北杜市新型コロナウイルス予防接種済証

被接種者の住所　北杜市

被接種者の氏名

生年月日　大正 昭和　年　月　日

予防接種を行った年月日　令和　年　月　日

ワクチン名　製造業者名　ロット番号

医療機関名

接種を行った医師名　印

□北杜市新型コロナウイルス予防接種済証

被接種者の住所　北杜市

被接種者の氏名

生年月日　大正 昭和　年　月　日

予防接種を行った年月日　令和　年　月　日

ワクチン名　製造業者名　ロット番号

医療機関名

接種を行った医師名　印

□北杜市新型コロナウイルス予防接種済証

被接種者の住所　北杜市

被接種者の氏名

生年月日　大正 昭和　年　月　日

予防接種を行った年月日　令和　年　月　日

ワクチン名　製造業者名　ロット番号

医療機関名

接種を行った医師名　印

様式第２号（第７条関係）　　（令和８年度新型コロナウイルス　北杜市）

令和　　年　　月　　日

北　杜　市　長　　殿

受託医療機関
住　所
名　称
代表者氏名　　㊞
（電話番号　　）

個別予防接種費請求書

予防接種の個別接種料金として、下記のとおり請求いたします。

記

１.請求年月　　令和　　年　　月分

２.請求金額　　＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿円

３.内　訳

ワクチン種別	接種件数	単　価※	金額
新型コロナウイルス	件	7,800円	円
新型コロナウイルス（生保）※2	件	円	円
合計	件	円	円

※1：医療機関の定める接種費用が7,800円に満たない場合は、当該接種費用を単価とする。
また、接種費用が7,800円を上回る場合は7,800円を単価とする。
※2：被接種者が生活保護の受給者である場合は、接種費用の全額を御請求ください。

金融機関名	銀行　金庫 組合　農協	**預金種別**	普通　当座	**口座名義人**	フ リ ガ ナ
	支店	**口座番号**			

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年度北杜市新型コロナウイルス予防接種者名簿

医療機関名

実施年月　令和　　年　　月分

No.	接種者氏名	生年月日	接種月日	備考
		T・S ．　．	月　　日	
		T・S ．　．	月　　日	
		T・S ．　．	月　　日	
		T・S ．　．	月　　日	
		T・S ．　．	月　　日	
		T・S ．　．	月　　日	
		T・S ．　．	月　　日	
		T・S ．　．	月　　日	
		T・S ．　．	月　　日	
		T・S ．　．	月　　日	
		T・S ．　．	月　　日	
		T・S ．　．	月　　日	
		T・S ．　．	月　　日	
		T・S ．　．	月　　日	
		T・S ．　．	月　　日	
		T・S ．　．	月　　日	
		T・S ．　．	月　　日	
		T・S ．　．	月　　日	
		T・S ．　．	月　　日	
		T・S ．　．	月　　日	