

明石市高齢者肺炎球菌ワクチン再接種費用助成制度について

高齢者に対する肺炎球菌ワクチンは、予防接種法に基づく予防接種としては生涯1回のみ接種となっていますが、明石市では、基礎疾患等で肺炎による重症化のリスクが高い方を対象に再接種に要する費用の助成を行っています。

以下の内容をよくお読みのうえ、再接種の必要性について主治医にご相談ください。

●助成対象

65歳以上の明石市民で以下の①②両方に該当する方が助成対象となります。

①これまでに肺炎球菌ワクチンを受けたことがありかつ前回の接種より5年以上経過している方

②疾病等により医師が肺炎球菌ワクチンの再接種を必要と認めた方(※)

※ 裏面様式の「医師記入欄」は、医師の署名・押印が必要となります。

署名料金等が発生する場合がありますので、医療機関にご確認下さい。

●令和7年度助成金額（助成金額は年度により異なります。）

「予防接種に要した費用」又は「明石市が定める額（8,240円）」のいずれか低い額から4,000円を除いた額を指定の口座に振り込みます。市民税非課税世帯、生活保護世帯の方は、「予防接種に要した費用」又は「明石市が定める額」のいずれか低い額が振込決定額となります。

		予防接種に 要した費用	明石市が定める額	自己負担相当額 (実質の自己負担額)	助成額
市民税課税世帯の方	例1	8,500円	8,240円	4,000円 (4,260円)	4,240円
	例2	6,000円	8,240円	4,000円 (4,000円)	2,000円
市民税非課税世帯また は生活保護世帯の方	例3	8,500円	8,240円	0円 (260円)	8,240円
	例4	6,000円	8,240円	0円 (0円)	6,000円

●申請方法 ※申請期限は予防接種を受けた日の翌年度末日までです。

全額自己負担で接種後、以下の①～③の書類を保健予防課へご提出ください。※郵送による申請可

①「明石市高齢者肺炎球菌ワクチン再接種費用助成金交付申請書兼請求書」（裏面様式）

・生活保護世帯、市民税非課税世帯の方は、課税状況等の確認同意欄に署名してください。署名のない場合は、市民税課税世帯の方の助成金額となります。

・「医師記入欄」の記載がない場合は受付できません。

②予防接種に係る医療機関発行の領収書の原本

③予防接種を受けたことを証明する書類（予診票、予防接種済証明書等）の写し

●肺炎球菌ワクチンについて

①このワクチンは肺炎球菌が原因で起こる肺炎をはじめとする感染症を予防します。また、感染してしまった場合にもその重症化を防ぎます。（全ての肺炎を予防するものではありません。）

②このワクチンの成分が原因で、肺炎球菌による感染症を引き起こすことはありません。

③このワクチンは接種してから免疫（抗体）ができるまで、平均で3週間ほどかかります。

④1回の接種で5年以上の免疫が持続すると言われています。

●23価肺炎球菌ワクチンの副反応

接種後の注射部位の痛み、腫れ、発熱、発赤、又は頭痛が5%以上見られます。特に、再接種の場合は注射部位の痛み、腫れ等症状が強くまた頻度が多く現れます。

筋肉痛、倦怠感、違和感、悪寒、頭痛、発熱等の症状が現れることがあります。いずれも軽症で2～3日で治まります。その他非常にまれですが、じんましんや呼吸困難などが現れることがあります。

●健康被害の救済について

この助成制度を利用して接種する場合は任意接種となり、健康被害が発生した場合は、独立行政法人医薬品医療機器総合機構法に基づく救済の対象となります。予防接種法による救済と対象や金額等が異なります。

お問い合わせ・申請先

〒674-0068 明石市大久保町ゆりのき通1丁目4番地の7

明石市保健予防課 ☎ 078-918-5668

※申請者様は**太枠以外**をご記入ください

年 月 日

明石市高齢者肺炎球菌ワクチン再接種費用助成金交付申請書兼請求書

明石市長 様

申請者
(請求者) 住所 _____
氏名 _____ 続柄 _____ 印
電話番号 _____

肺炎球菌ワクチンの再接種をその効果及び重篤な副反応について理解し、健康被害の救済については独立行政法人医薬品医療機器総合機構法に定める医薬品副作用被害救済制度によることについて承知した上で受けましたので、その要した費用について明石市高齢者肺炎球菌ワクチン再接種費用助成事業実施要綱第4条の規定により、次のとおり申請（請求）します。なお、申請（請求）の内容について市が保有する個人情報を見直し、又は必要に応じて医療機関へ問い合わせることに同意します。

1 予防接種を受けた人

フリガナ		生年月日	年 月 日 (歳)
被接種者名			
住所			
世帯状況 (1～4 のいずれかに○)	1 市民税課税世帯 2 市民税非課税世帯 3 生活保護世帯 4 支援給付受給世帯 ※2～4に該当する方は必ずご署名ください この申請（請求）書類提出後、本人及び同一世帯に属する者の生活保護法若しくは中国残留邦人等の円滑な帰国の促進並びに永住帰国した中国残留邦人等及び特定配偶者の自立の支援に関する法律の適用状況又は課税状況等について確認することに同意します。 年 月 日 被接種者署名 ※自署できない場合は代筆者が署名し代筆者氏名および被接種者との続柄を記載		

2 肺炎球菌ワクチン接種履歴など

前回の接種年月日	西暦 年 月 日	接種医療機関	
医師記入欄	上記の者は、前回の接種より5年以上経過しており、次の疾患を患及ぶ加療中のため、肺炎球菌ワクチンの再接種を推奨します。 疾患名 () 年 月 日 医療機関名 () 医師氏名 () 印		

※医師の押印が必要です

3 申請(請求)を行う接種の内容、接種費用

今回の接種年月日	西暦 年 月 日	接種医療機関	
予防接種に要した費用	円	請求金額	円

4 振込先

下記の口座へ振込みを依頼します。なお、請求者と口座名義人が異なる場合は口座名義人に受領委任します。

振込先 金融機関	銀行 信用金庫 農 協	本店 支 店 出張所	金融機関コード	店番
	普通・当座	口座番号	フリガナ	
		口座名義人氏名		

以下、記入不要

(保健予防課処理欄)

整理番号

□医師署名 □所得確認同意署名 □領収書原本
□予診票写し等 □前回接種日確認 LotNo. _____

振込決定額

円

2が所必ず押印してください

捨印