

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

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(※)

※ 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、各医療機関にご確認下さい。

●助成金額(令和7年4月1日以降に接種の場合)

「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

●申請期限：予防接種を受けた日の翌年度末日

●振込について

- 申請内容を審査、助成額を決定後、2か月程度で指定口座に振り込みいたします。
- 振込時のお知らせはいたしません。お手数ですが、指定口座の通帳への記帳によりご確認ください。(「アカシシヨボウセッシュ」表記されます。)

●申請した内容を記録しておきましょう

申請日	年 月 日	予防接種に要した額	世帯状況	市民税非課税世帯・市民税課税世帯 生活保護世帯・支援給付受給世帯
振込先金融機関		口座名義人氏名	口座番号	

●提出前にご確認ください

- 必要書類(3点)はそろっていますか。
☐「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」
☐領収書原本
☐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)
- 記入漏れはないですか。(課税状況等の確認同意欄に署名、医師記入欄、振込先など)
- 押印箇所(申請者2か所、医師1か所)がぬけていませんか。

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

記入例

2025年 12月 12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

太枠以外を申請者が
ご記入ください

申請者(請求者) 住所 明石市大久保町ゆりのき通1丁目4-1
氏名 明石 花子 続柄 子
電話番号 090-000-0000

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、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(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開示することに同意します。

2か所押印が必要です
※シャチハタ不可

1 予防接種を受けた人

フリガナ	アカシ タロウ	生年月日	昭和9年11月1日(91歳)
被接種者名	明石 太郎		

住所 **明石市中崎1丁目5-1**

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 その他
※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等に関する法律(生活保護法)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。 <u>2025年12月12日</u> 被接種者署名 明石 太郎 ※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	

世帯状況が2~4の方は署名が必要です。
※どれに該当するか分からない場合も署名してください。

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 2020年10月1日	接種医療機関	あかし〇〇医院
----------	----------------------	--------	----------------

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、次の疾患のため、肺炎球菌ワクチンの再接種を推奨します。 疾患名(〇〇〇〇) 2025年11月1日 医療機関名(あかし〇〇医院) 医師氏名(明石 一郎)
-------	--

医師が記入する欄です。記入漏れ、押印漏れはありませんか？

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 2025年11月1日	接種医療機関	あかし〇〇医院
予防接種に要した費用	8,000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	あかし〇〇 銀行 信用金庫 農協 明石 本店 支店 出張所	金融機関コード	店番
	普通 当座	1 2 3 4 5 6 7	8 9 0 1 2 3 4
	口座番号	フリガナ	アカシ タロウ
	8 9 0 1 2 3 4	口座名義人氏名	明石 太郎

●ゆうちょ銀行の口座をお使いの方(記入例)

銀行名： ゆうちょ銀行
支店名： 四三八
口座種類： 普通
口座番号： (例)1234567(※7桁です)

通帳の表紙を開いた下方に記載がありますので、その内容を転記してください。
(不明の場合はゆうちょ銀行にお問い合わせください)

※「ワクチンについて」「副反応」「健康被害の救済」については、申請書裏面をご覧ください。