

肺炎球菌ワクチン



再接種費用を一部助成します

対象者

65歳以上の明石市民で、次の①～③の全てに該当する方

- 肺炎球菌ワクチンを前回接種してから5年以上経過している方
- 肺炎球菌ワクチンの再接種を医師が必要と認めた方
- 肺炎球菌ワクチンを令和8年4月1日以降に接種したことがない方

申請方法

※ 申請期限：令和10年3月31日

申請書（裏面）に必要事項を記入後、医師の署名をもらい全額自費で接種後、以下①・②の書類（写し）を添えて申請

① 領収書



② 接種済証（または予診票）

申請から
約2か月で振込

助成額

「接種にかかった費用」

または

のいずれか低い額から7,000円を引いた額

「R8基準額(11,154円)」

例		かかった費用	R8基準額	助成額	【参考】自己負担額
市民税課税世帯	例①	12,000円	11,154円	4,154円	7,846円
	例②	10,000円	11,154円	3,000円	7,000円
市民税非課税世帯 または 生活保護世帯	例③	12,000円	11,154円	11,154円	846円
	例④	10,000円	11,154円	10,000円	0円

※ 市民税非課税世帯・生活保護世帯＝「接種にかかった費用」または「R8基準額」のいずれか低い額が助成額

TOPICS!

令和8年度から、65歳が対象の定期肺炎球菌ワクチンが、追加接種が原則不要とされるワクチン（プレベナー20）に変更されたため、本制度の助成は『生涯1回限り』に変更しています。

お問い合わせ・申請先

明石市 保健予防課 TEL 918-5668 FAX 918-5584

〒674-0068 明石市大久保町ゆりのき通1-4-7 あかし保健所4階

※申請者は**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 _____

2が所必ず押印してください

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		

捨印

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、次の疾患を患及及び加療中のため、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

請求金額は記入不要です

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 (コピー可)

予診票写し等 前回接種日確認 LotNo. _____

振込決定額

円