

印刷仕様書					
品名		発注課	保健予防課	担当者	正井
①インフルエンザ・新型コロナワクチン ポスター		連絡先	(078) 918-5668		
		数量	350枚		
納品場所	あかし保健所及び市内医療機関約165か所	納期	別紙のとおり		
印刷方法	<input checked="" type="checkbox"/> コンピューター組版 <input type="checkbox"/> ダイレクト <input type="checkbox"/> その他 () <input type="checkbox"/> 見本のとおり				
	<input checked="" type="checkbox"/> オフセット <input type="checkbox"/> その他 ()				
規格	<input checked="" type="checkbox"/> A_3版(2つ折り) <input type="checkbox"/> B__版 <input type="checkbox"/> その他____mm×____mm <input type="checkbox"/> タブロイド版____項____ツ折り				
	封筒 <input type="checkbox"/> 長__号 <input type="checkbox"/> 角__号 <input type="checkbox"/> その他 ____mm×____mm				
表紙	<input type="checkbox"/> あり <input checked="" type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 再生紙____kg ____% 再生紙使用マーク <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> その他____紙____色____kg____口				
	<input type="checkbox"/> 再生紙____kg ____% 再生紙使用マーク <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし <input checked="" type="checkbox"/> その他 ※上質紙等____色____135kg____口				
本文	ページ数____ページ 内 ____ツ折り____枚				
あい紙	<input type="checkbox"/> あり____枚 <input type="checkbox"/> なし 紙質____紙		<div style="border: 1px solid black; padding: 5px;"> ※使用する紙については、古紙パルプ、または環境に配慮したバージンパルプ（森林認証材等を使用しているもの等）を原料に含む製品を優先的に選定していただけるようお願いします。（ただし指定はしません。見本と類似の仕上がりができるものであれば、上質紙等、古紙パルプ等を含まないものも可とします。） </div>		
	<input type="checkbox"/> カーボン紙 <input type="checkbox"/> ノンカーボン紙 ____発色 1セット____枚				
減感	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし		4枚目____色____kg		
刷色	<input type="checkbox"/> 1色 <input type="checkbox"/> 黒 <input type="checkbox"/> 赤 <input type="checkbox"/> 青 <input type="checkbox"/> その他____色 <input checked="" type="checkbox"/> 見本のとおり				
	<input checked="" type="checkbox"/> カラー		(2・3・4)色、____色____色____色		
刷方	表紙	<input type="checkbox"/> 片面刷り <input type="checkbox"/> 両面刷り			
	本文	<input checked="" type="checkbox"/> 片面刷り <input type="checkbox"/> 両面刷り			
製本	あい紙	<input type="checkbox"/> 片面刷り <input type="checkbox"/> 両面刷り <input type="checkbox"/> 刷方なし			
	カーボン	<input type="checkbox"/> 片面刷り <input type="checkbox"/> 両面刷り			
校正	落札後の事前打合せ	<input checked="" type="checkbox"/> 必要 <input type="checkbox"/> 不要			
	校正	<input checked="" type="checkbox"/> 必要____2____回 <input type="checkbox"/> 不要			
指示事項	色校正	<input type="checkbox"/> 必要____回 <input checked="" type="checkbox"/> 不要			
	写真	<input type="checkbox"/> あり ____枚提示→カラー____枚モノクロ____枚			
イラスト	<input checked="" type="checkbox"/> あり ____枚提示→カラー____1____枚モノクロ____枚				
	原稿	<input type="checkbox"/> 原稿渡し <input type="checkbox"/> 手書き (ダイレクト・コンピューター組版)			
<input type="checkbox"/> ワープロ (ダイレクト・コンピューター組版)					
その他	<input checked="" type="checkbox"/> データ渡し (ワード・エクセル・ その他 (パワーポイント))				
	・見本のとおり (修正箇所は後日連絡) ・納品については別紙のとおり行うこと。 ・納品後、落丁その他不具合が見つかった場合は、速やかに交換納品すること。				

印刷仕様書					
品名		発注課	保健予防課	担当者	正井
④インフルエンザ予防接種 予診票（標準量）		連絡先	(078) 918-5668		
		数量	70,000セット		
納品場所	あかし保健所及び市内医療機関約165か所	納期	別紙のとおり		
印刷方法	<input checked="" type="checkbox"/> コンピューター組版 <input type="checkbox"/> ダイレクト <input type="checkbox"/> その他 () <input type="checkbox"/> 見本のとおり				
	<input type="checkbox"/> オフセット <input type="checkbox"/> その他 ()				
規格	<input checked="" type="checkbox"/> A_4版 <input type="checkbox"/> B__版 <input type="checkbox"/> その他____mm×____mm <input type="checkbox"/> タブロイド版____項____ツ折り				
	封筒 <input type="checkbox"/> 長__号 <input type="checkbox"/> 角__号 <input type="checkbox"/> その他____mm×____mm				
表紙	<input type="checkbox"/> あり <input checked="" type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 再生紙____kg ____% 再生紙使用マーク <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> その他____紙____色____kg____口				
	<input type="checkbox"/> 再生紙____kg ____% 再生紙使用マーク <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> その他____紙____色____kg____口				
本文	ページ数____ページ 内 ____ツ折り____枚				
あい紙	<input type="checkbox"/> あり____枚 <input type="checkbox"/> なし 紙質____紙____色____kg____口				
カーボン	<input type="checkbox"/> カーボン紙 <input checked="" type="checkbox"/> ノンカーボン紙		1枚目	クリーム	色 N40 kg
	____青__発色 1セット__3__枚		2枚目	クリーム	色 N40 kg
減感	<input checked="" type="checkbox"/> あり__2__カ所(3頁) <input type="checkbox"/> なし		3枚目	クリーム	色 N40 kg
			4枚目	____	色____kg
刷色	<input checked="" type="checkbox"/> 1色 <input checked="" type="checkbox"/> 黒 <input type="checkbox"/> 赤 <input type="checkbox"/> 青 <input type="checkbox"/> その他____色 <input type="checkbox"/> 見本のとおり				
	<input type="checkbox"/> カラー (2・3・4)色、____色____色____色				
刷方	表紙	<input type="checkbox"/> 片面刷り <input type="checkbox"/> 両面刷り			
	本文	<input type="checkbox"/> 片面刷り <input type="checkbox"/> 両面刷り			
あい紙	<input type="checkbox"/> 片面刷り <input type="checkbox"/> 両面刷り <input type="checkbox"/> 刷方なし				
	カーボン	<input checked="" type="checkbox"/> 片面刷り <input type="checkbox"/> 両面刷り			
製本	<input checked="" type="checkbox"/> バラ <input checked="" type="checkbox"/> 天のり(3枚セット) <input type="checkbox"/> 並製本 <input type="checkbox"/> 上製本				
	<input type="checkbox"/> くるみ表紙 <input type="checkbox"/> クロス巻き <input type="checkbox"/> 針金(中・平)とじ <input type="checkbox"/> ミシン 縦__本、横__本 <input checked="" type="checkbox"/> 穴あけ__2__カ所(1頁パンチ穴) <input checked="" type="checkbox"/> 見本のとおり				
校正	落札後の事前打合せ	<input checked="" type="checkbox"/> 必要 <input type="checkbox"/> 不要			
	校正	<input checked="" type="checkbox"/> 必要__2__回 <input type="checkbox"/> 不要			
指示事項	色校正	<input type="checkbox"/> 必要____回 <input checked="" type="checkbox"/> 不要			
	写真	<input type="checkbox"/> あり____枚提示→カラー____枚モノクロ____枚			
イラスト	<input type="checkbox"/> あり____枚提示→カラー____枚モノクロ____枚				
	原稿	<input type="checkbox"/> 原稿渡し <input type="checkbox"/> 手書き (ダイレクト・コンピュータ組版)			
<input type="checkbox"/> ワープロ (ダイレクト・コンピュータ組版)					
その他	<input checked="" type="checkbox"/> データ渡し(ワード・ エクセル ・その他())				
	・見本のとおり(修正箇所は後日連絡) ・納品については別紙のとおり行うこと。 ・納品後、落丁その他不具合が見つかった場合は、速やかに交換納品すること。				

(別紙) 納品について

① 個別納品： 下記①～③の書類を、実施する予防接種の種類に応じて①②の宛先へ個別納品（郵送可）。

書類	①受注者作成のリーフレット、予診票（インフルエンザ）、実施報告書、ポスター
	②市より受け渡す予診票（コロナ）
	③市作成の書類セット（A4普通3～5枚+小冊子1冊の計約150g/1セット（2種類）） 令和8年9月1日までに受注者へお渡しします。（冊子発行日により前後する可能性あり）
送り先	①インフル+コロナ予防接種実施医療機関
パターン	②インフルのみ予防接種実施医療機関

納品先 ……すべて**市内**の医療機関（約165か所）※8月中旬に納品先リストを提示します。

納品日 ……令和8年9月16日（市から連絡後）～18日の間

【参考】納品先リスト見本

NO	納品場所	郵便番号	住所（明石市）	ポスター	インフル リーフレット	コロナ リーフレット	インフル 予診票(標準 量)	インフル 予診票(高用 量)	コロナ 予診票	インフル 実施報告書	コロナ 実施報告書	市作成の書類 ①	市作成 の書類 ②
				数量（枚）	数量（部）				数量（冊）		数量（セット）	数量（セット）	
1	A病院	674-0081	魚住町錦が丘	1	2000	500	2000	1500	500	1	1	1	
2	B病院	673-0891	大明石町1丁目	1	1600	1900	1600	1000	1900	1	1	1	
3	C病院	674-0051	大久保町大窪	1	1100		1100	600		1			1
4	D病院	674-0092	二見町東二見	1	900		900	500		1			1
5	E病院	673-0844	東野町	1	800	200	800	400	200	1	1	1	
6	F病院	673-0027	新明町	1	800	50	800	400	50	1	1	1	
⋮	⋮	⋮	⋮	⋮	⋮	⋮	⋮		⋮	⋮	⋮		⋮
165	⋮	⋮	⋮	⋮	⋮	⋮	⋮		⋮	⋮	⋮		⋮
計（見込）				165	60000	15000	60000	35000	15000	165	100	100	65

※ポスター、実施報告書、市作成の書類の数量は各1で固定。

リーフレット、予診票は納品先により納品数量が異なる。数量は上記の区分・件数を想定しているが、増減する可能性があり、事業実施医療機関が増えた場合は、納品先数が増える（送付部数は20部）。医療機関の辞退により減る場合もあり。（8月中旬確定）

② 予診票とリーフレットを、各10部/1セットに仕分けて納品。

数量 ……700セット×2種類（インフル・コロナ）

納品先 ……あかし保健所

納品日 ……令和8年9月9日まで

③ その他余った印刷物……令和8年9月16日までにあかし保健所へ納品すること。

上記①～③について、配送数量ごとの梱包及び配送にかかる費用を含めて見積もること。なお、納品先の増減による配送費の変動はないものとする。

令和8年10月1日より接種開始

インフルエンザ

新型コロナ 予防接種



詳しくはこちら ▶

明石市 高齢者 予防接種



見 本

対象

- ▶ 満65歳以上の明石市民
- ▶ 満60歳以上65歳未満の明石市民で、心臓、じん臓、もしくは呼吸器の機能またはヒト免疫不全ウイルスによる免疫の機能に障害を有し、当該疾病単独で身体障害者手帳1級相当の方

インフルエンザ	74歳以下	標準量ワクチン:無料
	75歳以上	※①②いずれかを1回のみ接種 ①標準量ワクチン:無料 ②高用量ワクチン:3,500円 ※ 市民税非課税世帯、生活保護世帯は無料 (証明書が必要)
新型コロナ		11,000円

※ 市民税非課税世帯、生活保護世帯は無料(証明書が必要)

予約

医療機関に直接予約 (接種当日はマイナ保険証などの本人確認書類を持参)

※ 実施医療機関はリーフレットやホームページで確認できます

令和8年度 明石市高齢者インフルエンザ予防接種

1 接種対象者(①または②に該当する方)

- ① 満 65 歳以上の明石市民
- ② 満 60 歳以上 65 歳未満の明石市民で、心臓、じん臓もしくは呼吸器の機能又はヒト免疫不全ウイルスによる免疫の機能に障害を有し、当該疾病単独で身体障害者手帳 1 級相当の方(身体障害者手帳の写し又は医師の診断書が必要)

2 接種期間

令和8年 10 月 1 日～令和9年 1 月 31 日

75 歳以上の方はより予防効果の高い
高用量ワクチンを選択できるよう
になりました



3 接種できるワクチンと費用(期間中 1 回限り)

年齢	接種費用	高用量ワクチンの効果
74 歳以下の方	① 標準量ワクチン: 無料 ※高用量ワクチンは接種できません	高用量ワクチンは 75 歳以上の方に接種した場合、標準量ワクチンに比べ、発症予防効果が 24.8%、入院予防効果が 12.2%高いと報告されています
75 歳以上の方	① 標準量ワクチン: 無料 ② 高用量ワクチン: 3,500 円 ※市民税非課税世帯・生活保護受給世帯は確認書類を接種当日に医療機関へ提出することで無料	

見本


※標準量ワクチン・高用量ワクチンともに明石市より 1,500 円を補助しています

4 接種方法

- ① 中面に記載の『明石市実施医療機関』に直接予約をする
※市外の医療機関で接種する場合は中面下部参照
- ② 必要なものを持参し、医療機関にて接種する

5 接種当日の持ち物

- ① マイナ保険証や資格確認書などの本人確認書類
- ② 75 歳以上で、高用量ワクチンを接種する方のうち、市民税非課税世帯・生活保護受給世帯の方は次のいずれかの証明書類

書類の種類	説明
① 令和 8 年度 介護保険料額決定通知書 (介護保険料段階が1～3段階に限る)	▶ 毎年 7 月に 65 歳以上の方に市より送付する書類 ▶ 令和8年度の介護保険料段階が1～3段階の方に限り有効
② 明石市高齢者インフルエンザ予防接種費用にかかる免除決定通知書	▶ 接種の 2 週間前までに右の二次元コードまたは 保健予防課へ電話により申請が必要です 
③ 生活保護受給証明書	▶ 事前に担当ケースワーカーへお申込みください ▶ 接種日より 3 か月以内に発行したものに限り有効

令和8年度 明石市高齢者インフルエンザ予防接種 明石市実施医療機関

〔高〕：高用量・標準量ワクチンとも取扱いあり それ以外：標準量ワクチンのみ取り扱い

(市外局番：078)

地区	医療機関名	電話			
明石地区	あさぎり病院	912-7575	明石地区	山本内科	922-8121
	佐野医院	912-7450		さそうのクリニック	926-1585
	さかねクリニック	919-0377		いまふじ内科クリニック	925-7150
	清水メディカルクリニック	918-3799		ふくやま病院	927-1514
	明舞中央病院	917-2020		王子回生病院	928-9870
	吉田医院	917-3336		はら耳鼻咽喉科明石クリニック	921-8733
	木村産婦人科医院	912-8283		あさひ病院	924-1111
	阿部医院	913-6370		片平クリニック	919-2353
	川原内科	912-2060		さえき耳鼻咽喉科 分院	939-2400
	石川泌尿器科	919-1112		日野医院	911-2910
	さかい内科・胃腸科	917-5755		大槻整形外科	918-6161
	下村耳鼻咽喉科	918-1033		糖尿病内科むらまえクリニック	915-7102
	橋本ファミリークリニック	913-1615		やすお脳神経外科クリニック	925-7171
	西山クリニック	911-6052		藤本クリニック	928-9566
	宮田整形外科クリニック	912-2810		たご整形外科・外科	928-6261
江本内科循環器科医院	919-0625	尾松医院	923-6737		
米沢クリニック	919-6100	千頭医院	922-2403		
にしむらクリニック	914-4955	山本整形外科	925-5001		
明石地区	石井病院	918-1655	西明石地区	藤井クリニック	927-5522
	うえの内科	939-3500		みつだ整形外科	921-5551
	あきこレディースクリニック	965-6563		西明石クリニック	922-5510
	中務医院	918-2151		ささきクリニック	925-7333
	せいゆうクリニック	912-5151		樫木医院	923-9589
	ひかりクリニック	919-0366		井上外科胃腸内科	922-3595
	飯村医院	911-3495		米田クリニック	925-2227
	田路医院	918-1258		明海病院	922-8800
	くすだ泌尿器科	912-3730		室谷整形外科クリニック	928-0233
	さえき耳鼻咽喉科	911-8800		杜医院	922-7775
	奥野消化器内科クリニック	919-6900		永本医院	928-3399
	浜口泌尿器科	911-6030		こうクリニック	940-8603
	大西脳神経外科病院附属明石駅前クリニック	911-0024		朋クリニック	923-3456
	よこた内科クリニック	915-0377		さわだ耳鼻咽喉科・アレルギー科	945-6661
	朝原クリニック	917-3838		織田クリニック	926-6650
明石やまだ内科・歯科クリニック	969-6565	メープル耳鼻咽喉科	921-8880		
まつい耳鼻咽喉科	911-3387	日下医院	928-3472		
花川医院	912-2770	大槻耳鼻咽喉科	924-2033		
明石市立市民病院	912-2323	西明石岡本クリニック	923-7740		
さくらい内科クリニック	924-7111	ふくやま・すこやかクリニック	924-0500		
阪田整形外科リハビリクリニック	926-1118	関内科医院	928-5993		

地区	医療機関名	電話			
大久保地区	森本クリニック	935-2300	魚住地区	末広内科	946-0480
	きよしくりニック	936-0317		鈴木産婦人科医院	947-4882
	高野内科	935-7557		平野医院	947-0505
	野瀬耳鼻咽喉科	934-8733		戸田内科・脳神経内科	947-5575
	おにしクリニック	936-2050		しばはら整形外科スポーツ関節クリニック	947-0808
	中谷整形外科・内科クリニック	934-6100		今井泌尿器科	946-4114
	おか内科循環器科	936-8822		平崎内科循環器科クリニック	959-8326
	斎藤整形外科	935-3110		近藤内科・胃腸科	943-7500
	三幸診療所	937-8460		小山クリニック	944-0356
	浜本整形外科耳鼻咽喉科	935-5011		みんなのクリニック明石	943-3450
	すぎもと整形外科クリニック	936-3220		明石仁十病院	942-1921
	きひら耳鼻咽喉科	935-8733		明石同仁病院	942-0305
	ゆりのき内科	938-0500		うすい整形外科	943-4725
	まえかわ内科クリニック	934-2500		鈴木内科クリニック	942-8811
	神明クリニック	938-1707	正井医院	946-3536	
	たなか内科クリニック	935-1187	大国クリニック	948-3900	
	平林耳鼻咽喉科クリニック	934-4133	ひまわり診療所	941-5725	
	美保・英利内科医院	935-2022	私立二見レディースクリニック	942-1783	
	おおくま内科胃腸科	936-0050	ふじわら内科	939-3351	
	神明病院	935-9000	明石回生病院	942-3555	
	辻医院	935-2468	大迎整形外科	943-9901	
	岡医院	935-8888	二見地区	繁田医院	942-1004
	溝口内科	965-6100	松田内科クリニック	941-7211	
	おきがき耳鼻咽喉科	946-5331	太田クリニック	949-0388	
	おくずみ医院	947-4003	博愛産科婦人科	941-8803	
	ふじた脳神経内科	946-0050	明石リハビリテーション病院	941-6161	
	シーサイドクリニック	948-5731	塩澤医院	943-5252	
	魚住地区	中山クリニック	935-6060	田中医院	942-1941
野木病院		947-7211	新丸クリニック	943-9090	

※ やむを得ない事情で実施医療機関が一部変更となる場合があります。

明石市実施医療機関以外で接種する場合

神戸市・加古川市・播磨町・稲美町・高砂市内の一部の医療機関では、明石市実施医療機関と同じ流れで接種することができます。該当の医療機関については、医療機関所在地の市町担当課へお問い合わせください。

☎加古川市 (079-427-9100) ☎播磨町 (079-435-2611) ☎稲美町 (079-492-9138) ☎高砂市 (079-443-3936)

※上記以外の市町村で接種を希望する場合：☎明石市保健予防課 (078-918-5668)

【説明書】予防接種を受ける前に読んでください

・予防接種を受けることができない方

- ① 明らかに発熱がある方(通常 37.5℃以上を指します。ただし、37.5℃を下回る場合も平時の体温に鑑みて発熱と判断される場合はこの限りではありません)
- ② 重篤な急性疾患にかかっている方
- ③ インフルエンザワクチンに含まれる成分に対し重度の過敏症(アナフィラキシーや全身性の皮膚・粘膜症状、喘鳴(ぜいめい)、呼吸困難、頻脈、血圧低下等、アナフィラキシーを疑わせる複数の症状)の既往歴のある方
その他、医師により接種が不適当な状態と認めた方

・予防接種を受ける時に医師と相談が必要な方

- ① 心臓・じん臓・肝臓・血液疾患や発育障害などの基礎疾患がある方
- ② 過去に予防接種後 2 日以内に発熱や全身性発疹などのアレルギーが疑われる症状がでた方
- ③ 過去にけいれんを起こしたことがある方
- ④ 過去に免疫不全の診断を受けた方、近親者に先天性免疫不全症の方がいる方
- ⑤ インフルエンザワクチンに含まれる成分に対してアレルギーを起こすおそれのある方
- ⑥ 間質性肺炎、気管支喘息等の呼吸器系疾患を有する方
バイアルのゴム栓に乾燥天然ゴム(ラテックス)が含まれている製剤を使用する際の、ラテックス過敏症のある方

・接種後の注意点

- ① 接種後、健康管理に注意し、高熱や局所の異常反応など、体調に異常を感じた場合には、速やかに医師に連絡すること
- ② 接種当日は激しい運動や過度の飲酒等は控えること
接種当日の入浴は問題ありませんが、注射部位をこすらないこと

・予防接種の有効性

インフルエンザワクチンはインフルエンザの発病を予防することや、発病後の重症化や死亡を予防することに関して、一定の効果があるとされています。接種してから免疫がつくまで 2 週間程度かかり、その効果が十分に持続する期間は約 5 か月間とされています。ワクチン接種した高齢者は死亡の危険が約 1/5 に、入院の危険が約 1/3 から 1/2 まで減少することが期待できるとされています。

・予防接種の副反応

接種部位の赤み・はれ・痛みなどが、多くみられる副反応です。また、発熱・悪寒・頭痛・倦怠感が見られることもあります。通常2～3日で消失します。まれですが、アナフィラキシーショック、急性散在性脳脊髄炎等の報告があります。
接種後に気になる症状を認めた場合は、接種医あるいはかかりつけ医に相談してください。

・予防接種による健康被害救済制度

定期の予防接種により健康被害(入院相当以上の治療を必要とする程度)が生じた場合、当該予防接種が原因であると厚生労働大臣に認定されると、予防接種法による救済制度が適用され、医療費、医療手当、障害年金、遺族一時金、葬祭料など法律で定められた金額が支給されます。申請に必要な手続きは、住民票がある市町にご相談ください。

見
本

〒674-0068 明石市大久保町ゆりのき通 1 丁目 4-7 あかし保健所 4F

明石市 保健予防課(あかし保健所)

TEL 078-918-5668 FAX 078-918-5584

令和8年度 明石市高齢者新型コロナワクチン接種

1 接種対象者(①または②に該当する方)

- ① 満 65 歳以上の明石市民
- ② 満 60 歳以上 65 歳未満の明石市民で、心臓、じん臓もしくは呼吸器の機能又はヒト免疫不全ウイルスによる免疫の機能に障害を有し、当該疾病単独で身体障害者手帳 1 級相当の方
(身体障害者手帳の写し又は医師の診断書が必要)

2 接種期間

令和8年 10 月 1 日～令和9年 1 月 31 日

3 接種費用(期間中 1 回限り)

11,000円 (市民税非課税世帯、生活保護受給世帯は無料)



無料対象確認書類		備考
①	令和8年度 介護保険料額決定通知書(1～3 段階)	7月中旬に市から緑色の封筒で自宅に送付された書類 注)再発行不可 令和8年度の介護保険料段階が1～3段階の方に限り有効
②	明石市新型コロナワクチン接種費用にかかる免除決定通知書	接種日の2週間前までに保健予防課(下部問い合わせ先)へ「電話」もしくは「右の二次元バーコード」から申込
③	生活保護受給証明書	接種前に担当ケースワーカーへ申込(接種日より3か月以内の発行に限り有効)

見本

4 接種方法

「明石市実施医療機関(裏面)」に直接予約(接種当日はマイナ保険証や資格確認書などの本人確認書類を持参)

※ 市外の医療機関で接種する場合は裏面下部参照

【説明書】予防接種を受ける前に読んでください	
・予防接種を受けることができない方	・予防接種を受ける時に医師と相談が必要な方
<ul style="list-style-type: none"> ① 明らかに発熱がある方(通常 37.5℃以上を指します。ただし、37.5℃を下回る場合も平時の体温に鑑みて発熱と判断される場合はこの限りではありません) ② 重篤な急性疾患にかかっている方 ③ 新型コロナワクチンに含まれる成分に対し重度の過敏症(アナフィラキシーや全身性の皮膚・粘膜症状、喘鳴(ぜいめい)、呼吸困難、頻脈、血圧低下等、アナフィラキシーを疑わせる複数の症状)の既往歴のある方 ④ その他、医師により接種が不適当な状態と認めた方 	<ul style="list-style-type: none"> ① 心臓・腎臓・肝臓・血液疾患や発育障害などの基礎疾患がある方 ② 過去にけいれんを起こしたことがある方 ③ 過去に免疫不全の診断を受けた方、近親者に先天性免疫不全症の方がいる方 ④ 過去に予防接種後 2 日以内に発熱や全身性発疹などのアレルギーが疑われる症状がでた方 ⑤ 新型コロナワクチンに含まれる成分に対してアレルギーを起こすおそれのある方 ⑥ 抗凝固療法を受けている方、血小板減少症または凝固障害のある方
・接種後の注意点	・予防接種の有効性
<ul style="list-style-type: none"> ① 接種後 15 分以上(過去にアナフィラキシーを含む重いアレルギー症状を起こしたことがある方などは 30 分以上)、接種した施設で待ち、体調に異常を感じた場合には、速やかに医師に連絡すること ② 接種当日は激しい運動や過度の飲酒等は控えること ③ 接種当日の入浴は問題ありませんが、注射部位をこすらないこと 	<p>新型コロナワクチンについては、有効性及び安全性が確認された上で薬事承認されており、さらに、国内外で実施された研究などにより、新型コロナウイルス感染症にかかった場合の入院や死亡等の重症化等を予防する重症化予防効果が認められたと報告されています。</p> <p>詳細は各ワクチンの添付文書で確認することができます。</p>
・予防接種の副反応	・予防接種による健康被害救済制度
<p>注射部位の痛み、頭痛、関節・筋肉の痛み、疲労、寒気、発熱等があります。まれに起こる重大な副反応として、ショックやアナフィラキシーがあります。ごくまれであるものの、接種後に心筋炎や心膜炎を疑う事例やギラン・バレー症候群が報告されています。接種後に気になる症状を認めた場合は、接種医あるいはかかりつけ医に相談してください。</p>	<p>定期的予防接種により健康被害(入院相当以上の治療を必要とする程度)が生じた場合、当該予防接種が原因であると厚生労働大臣に認定されると、予防接種法による救済制度が適用され、医療費、医療手当、障害年金、遺族一時金、葬祭料など法律で定められた金額が支給されます。</p> <p>申請に必要な手続きは、住民票がある市町にご相談ください。</p>

〒674-0068 明石市大久保町ゆりのき通 1 丁目 4-7 あかし保健所 4F

明石市 保健予防課(あかし保健所) **TEL** 078-918-5668 **FAX** 078-918-5584

令和8年度 明石市高齢者新型コロナワクチン接種 明石市実施医療機関 (市外局番:078)

明石地区	電話	片平クリニック	919-2353	きひら耳鼻咽喉科	935-8733
あさぎり病院	912-7575	日野医院	911-2910	神明クリニック	938-1717
佐野医院	912-7450	大槻整形外科	918-6161	まえかわ内科クリニック	934-2550
さかねクリニック	919-0377	西明石地区	電話	たなか内科クリニック	935-1181
清水メディカルクリニック	918-3799	やすお脳神経外科クリニック	925-7171	神明病院	935-9000
吉田医院	917-3336	糖尿病内科むらまえクリニック	915-7102	おおくま内科胃腸科	936-0051
阿部医院	913-6370	藤本クリニック	928-9566	岡医院	935-8888
川原内科	912-2060	尾松医院	923-6737	ふじた脳神経内科	946-0050
さかい内科・胃腸科	917-5755	千頭医院	922-2403	シーサイドクリニック	948-5731
橋本ファミリークリニック	913-7615	藤井クリニック	927-5522	おくずみ医院	947-4003
西山クリニック	911-6652	山本整形外科	925-5001	魚住地区	電話
江本内科循環器科医院	919-0626	ささきクリニック	925-7333	野木病院	947-7211
米沢クリニック	919-6400	井上外科胃腸内科	922-3595	鈴木産婦人科医院	947-4882
にしむらクリニック	911-4959	米田クリニック	925-2227	しばら整形外科スポーツ関節クリニック	947-0808
石井病院	918-1655	みつだ整形外科	921-5551	戸田内科・脳神経内科	947-5575
うえの内科	939-3500	西明石クリニック	922-5510	平崎内科循環器科クリニック	959-8326
中務医院	918-2151	室谷整形外科クリニック	928-0233	みんなのクリニック明石	943-3450
ひかりクリニック	919-0366	明海病院	922-8800	鈴木内科クリニック	942-8811
飯村医院	911-3495	杜医院	922-7775	明石仁十病院	942-1921
田路医院	918-1258	永本医院	928-3399	明石同仁病院	942-0305
朝原クリニック	917-3838	こうクリニック	940-8603	正井医院	946-3536
大西脳神経外科病院附属明石駅前クリニック	911-0024	朋クリニック	923-3456	大国クリニック	948-3900
明石やまだ内科・歯科クリニック	969-6565	織田クリニック	926-6650	二見地区	電話
まつい耳鼻咽喉科	911-3387	日下医院	928-3472	ひまわり診療所	941-5725
明石市立市民病院	912-2323	ふくやま・すこやかクリニック	924-0500	私立二見レディースクリニック	942-1783
さくらい内科クリニック	924-7111	関内科医院	928-5993	ふじわら内科	939-3351
山本内科	922-8121	西明石岡本クリニック	923-7740	明石回生病院	942-3555
そうのクリニック	926-1585	大久保地区	電話	繁田医院	942-1004
いまふじ内科クリニック	925-7150	森本クリニック	935-2300	博愛産科婦人科	941-8803
ふくやま病院	927-1514	高野内科	935-7557	田中医院	942-1941
王子回生病院	928-9870	中谷整形外科・内科クリニック	934-6100	明石リハビリテーション病院	941-6161
はら耳鼻咽喉科明石クリニック	921-8733	おか内科循環器科	936-8822	新丸クリニック	943-9090
あさひ病院	924-1111	三幸診療所	937-8460		

令和8年9月1日時点

※やむを得ない事情で実施医療機関が一部変更する場合があります。

明石市実施医療機関以外で接種する場合

神戸市・加古川市・播磨町・稲美町・高砂市内の契約医療機関では、明石市実施医療機関と同じ流れで接種することができます。各市町（神戸市の場合は明石市）との契約医療機関であれば事前の手続きは不要です。該当の医療機関については、医療機関所在地の市町担当課へお問い合わせください。

☎加古川市 (079-427-9100) ☎播磨町 (079-435-2611) ☎稲美町 (079-492-9138) ☎高砂市 (079-443-3936)

上記以外の市町村（神戸市含む）で接種を希望する場合：明石市保健予防課（078-918-5668）

明石市高齢者インフルエンザ予防接種予診票兼報告書(市町保存用)

診察前の体温 度 分

カナ氏名 ※左詰めで記入		電話番号	-	-
氏名		性別 ※いずれかに○	1.男	2.女
住所				
生年月日	2.大正	3.昭和	年	月 日生 (満 歳)
費用区分 ※いずれかに○ 明石市が予防接種費用の無料化を行った年度に限り記入不要です。	0. 自己負担有 1. 自己負担無(市民税非課税世帯) 2. 自己負担無(生活保護世帯) 【予防接種費用無料措置にかかる書類の提出について】※「自己負担無」の方のみご記入ください。 明石市長様 高齢者インフルエンザ予防接種費用無料措置を受けるため、下記の書類を提出します。 いずれかに○ () 明石市高齢者インフルエンザ予防接種費用にかかる免除決定通知書 () 介護保険料額決定通知書 ※ 接種日と同一年度に交付されたもので、保険料段階第1~3段階のものに限る。 () 生活保護受給証明 ※ 接種日より3か月以内に発行したものに限り。 本人及び同一世帯に属する者の生活保護法の適用状況または課税状況等を確認することに同意します。 年 月 日 (氏名)			

使用ワクチン	実施場所 医師名 所属医療機関	見本	※3枚目の予防接種済証(本人手渡し用)に押印してください。
Lot NO. 接種量 0.5ml	接種年月日		年 月 日

質問事項	回答欄		医師記入欄
接種当日、あなたの年齢は満65歳以上ですか。	はい	いいえ	
今年度のインフルエンザ予防接種(定期)を受けるのは初めてですか。	はい	いいえ	
今日のインフルエンザ予防接種について、説明書を読みましたか。	はい	いいえ	
今日のインフルエンザ予防接種の効果や副反応について理解しましたか。	はい	いいえ	
現在、何か病気にかかっていますか。病名()	はい	いいえ	
治療(投薬など)を受けていますか。	はい	いいえ	
その病気の主治医には、今日の予防接種を受けてもよいと言われましたか。	はい	いいえ	
免疫不全と診断されたことがありますか。	はい	いいえ	
今日、体に具合の悪いところがありますか。 具合の悪い症状を書いてください。()	はい	いいえ	
薬や食品で皮膚に発疹やじんましんが出たり、体の具合が悪くなったことがありますか。	はい	いいえ	
過去にインフルエンザ予防接種を受けたことがありますか。	はい	いいえ	
①その際に具合が悪くなったことがありますか。	はい	いいえ	
②インフルエンザ以外の予防接種の際に具合が悪くなったことがありますか。	はい	いいえ	
ひきつけ(けいれん)を起こしたことがありますか。	はい	いいえ	
1か月以内に予防接種を受けましたか。予防接種の種類()	はい	いいえ	
心臓病、腎臓病、肝臓病、血液疾患などの慢性疾患にかかったことがありますか。 病名()	はい	いいえ	
その病気の主治医には、今日の予防接種を受けてもよいと言われましたか。	はい	いいえ	
最近1か月以内に熱が出たり、病気にかかったりしましたか。 病名()	はい	いいえ	
今日の予防接種について質問がありますか。	はい	いいえ	

医師記入欄

以上の問診及び診察の結果、今日の予防接種は(可能・見合わせる)。
本人に対して、予防接種の効果、副反応及び予防接種健康被害救済制度について、説明した。

(医師の署名または記名押印)

インフルエンザ予防接種希望書 (医師の診察の結果、接種が可能と判断された後に記入してください。)

医師の診察・説明を受け、予防接種の効果や副反応などについて理解した上で接種を(希望します・希望しません)。
この予診票は、予防接種の安全性の確保を目的としています。このことを理解の上、本予診票が市町村に提出されることに同意します。

年 月 日 (被接種者署名)

明石市高齢者インフルエンザ予防接種予診票兼報告書(医療機関保存用)

診察前の体温 度 分

カナ氏名 ※左詰めで記入		電話番号	-	-
氏名		性別 ※いずれかに○	1.男	2.女
住所				
生年月日	2.大正	3.昭和	年	月 日生 (満 歳)
費用区分 ※いずれかに○ 明石市が予防接種費用の無料化を行った年度に限り記入不要です。	0. 自己負担有 1. 自己負担無(市民税非課税世帯) 2. 自己負担無(生活保護世帯) 【予防接種費用無料措置にかかる書類の提出について】 ※「自己負担無」の方のみご記入ください。 明石市長様 高齢者インフルエンザ予防接種費用無料措置を受けるため、下記の書類を提出します。 いずれかに○ () 明石市高齢者インフルエンザ予防接種費用にかかる免除決定通知書 () 介護保険料額決定通知書 ※ 接種日と同一年度に交付されたもので、保険料段階第1～3段階のものに限る。 () 生活保護受給証明 ※ 接種日より3か月以内に発行したものに限り。 本人及び同一世帯に属する者の生活保護法の適用状況または課税状況等を確認することに同意します。 年 月 日 (氏名)			

使用ワクチン Lot NO. 接種量 0.5ml	実施場所 医師名 所属医療機関 ※3枚目の予防接種済証(本人手渡し用)に押印してください。 接種年月日 年 月 日
------------------------------------	---

見本

質問事項	回答欄		医師記入欄
接種当日、あなたの年齢は満65歳以上ですか。	はい	いいえ	
今年度のインフルエンザ予防接種(定期)を受けるのは初めてですか。	はい	いいえ	
今日のインフルエンザ予防接種について、説明書を読みましたか。	はい	いいえ	
今日のインフルエンザ予防接種の効果や副反応について理解しましたか。	はい	いいえ	
現在、何か病気にかかっていますか。病名()	はい	いいえ	
治療(投薬など)を受けていますか。	はい	いいえ	
その病気の主治医には、今日の予防接種を受けてもよいと言われましたか。	はい	いいえ	
免疫不全と診断されたことがありますか。	はい	いいえ	
今日、体に具合の悪いところがありますか。	はい	いいえ	
具合の悪い症状を書いてください。()	はい	いいえ	
薬や食品で皮膚に発疹やじんましんが出たり、体の具合が悪くなったことがありますか。	はい	いいえ	
過去にインフルエンザ予防接種を受けたことがありますか。	はい	いいえ	
①その際に具合が悪くなったことがありますか。	はい	いいえ	
②インフルエンザ以外の予防接種の際に具合が悪くなったことがありますか。	はい	いいえ	
ひきつけ(けいれん)を起こしたことがありますか。	はい	いいえ	
1か月以内に予防接種を受けましたか。予防接種の種類()	はい	いいえ	
心臓病、腎臓病、肝臓病、血液疾患などの慢性疾患にかかったことがありますか。	はい	いいえ	
病名()	はい	いいえ	
その病気の主治医には、今日の予防接種を受けてもよいと言われましたか。	はい	いいえ	
最近1か月以内に熱が出たり、病気にかかったりしましたか。	はい	いいえ	
病名()	はい	いいえ	
今日の予防接種について質問がありますか。	はい	いいえ	

医師記入欄

以上の問診及び診察の結果、今日の予防接種は(可能・見合わせる)。
 本人に対して、予防接種の効果、副反応及び予防接種健康被害救済制度について、説明した。

(医師の署名または記名押印)

インフルエンザ予防接種希望書 (医師の診察の結果、接種が可能と判断された後に記入してください。)

医師の診察・説明を受け、予防接種の効果や副反応などについて理解した上で接種を(希望します・希望しません)。

この予診票は、予防接種の安全性の確保を目的としています。このことを理解の上、本予診票が市町村に提出されることに同意します。

年 月 日 (被接種者署名)

明石市高齢者インフルエンザ予防接種予診票兼報告書(本人手渡し用)

氏 名

住 所

生年月日 2.大正 3.昭和 年 月 日生 (満 歳)

使用ワクチン

Lot NO.
接種量 0.5ml

実施場所
医師名
所属医療機
関

接種年月日 年 月 日

見
本

印

▶ 予防接種を受けた後の一般的注意事項

- ① 接種後、健康管理に注意し、高熱や局所の異常反応など、体調に異常を感じた場合には、速やかに医師に連絡すること
- ② 接種当日は激しい運動や過度の飲酒等は控えること
- ③ 接種当日の入浴は問題ありませんが、注射部位をこすらないこと

▶ 副反応が起こった場合

接種部位の赤み・はれ・痛みなどが多くみられる副反応です。また、発熱・悪寒・頭痛・倦怠感が見られることもあります。通常2～3日で消失します。まれですが、アナフィラキシーショック、急性散在性脳脊髄炎等の報告があります。接種後に気になる症状を認めた場合は、接種医あるいはかかりつけ医に相談してください。

▶ 予防接種による健康被害救済制度

定期の予防接種により健康被害(入院相当以上の治療を必要とする程度)が生じた場合、当該予防接種が原因であると厚生労働大臣に認定されると、予防接種法による救済制度が適用され、医療費、医療手当、障害年金、遺族一時金、葬祭料など法律で定められた金額が支給されます。

申請に必要な手続きは、住民票がある市町にご相談ください。

明石市高齢者インフルエンザ予防接種(高用量ワクチン)予診票兼報告書(市町保存用)

診察前の体温 度 分

カナ氏名 ※左詰めで記入		電話番号	-	-
氏名		性別 ※いずれかに○	1.男	2.女
住所				
生年月日	2.大正	3.昭和	年	月 日生 (満 歳)
費用区分 ※いずれかに○ 明石市が予防接種費用の無料化を行った年度に限り記入不要です。	0. 自己負担有 1. 自己負担無(市民税非課税世帯) 2. 自己負担無(生活保護世帯) 【予防接種費用無料措置にかかる書類の提出について】 ※「自己負担無」の方のみご記入ください。 明石市長様 高齢者インフルエンザ予防接種費用無料措置を受けるため、下記の書類を提出します。 いずれかに○ () 明石市高齢者インフルエンザ予防接種費用にかかる免除決定通知書 () 介護保険料額決定通知書 ※ 接種日と同一年度に交付されたもので、保険料段階第1～3段階のものに限る。 () 生活保護受給証明 ※ 接種日より3か月以内に発行したものに限り。 本人及び同一世帯に属する者の生活保護法の適用状況または課税状況等を確認することに同意します。 年 月 日 (氏名)			

使用ワクチン (高用量) Lot NO. 接種量 0.7ml	実施場所 医師名 所属医療機関	※3枚目の予防接種済証(本人手渡し用)に押印してください。		
	接種年月日	年	月	日

質問事項	回答欄		医師記入欄
接種当日、あなたの年齢は満65歳以上ですか。	はい	いいえ	
今年度のインフルエンザ予防接種(定期)を受けるのは初めてですか。	はい	いいえ	
今日のインフルエンザ予防接種について、説明書を読みましたか。	はい	いいえ	
今日のインフルエンザ予防接種の効果や副反応について理解しましたか。	はい	いいえ	
現在、何か病気にかかっていますか。病名()	はい	いいえ	
治療(投薬など)を受けていますか。	はい	いいえ	
その病気の主治医には、今日の予防接種を受けてもよいと言われましたか。	はい	いいえ	
免疫不全と診断されたことがありますか。	はい	いいえ	
今日、体に具合の悪いところがありますか。 具合の悪い症状を書いてください。()	はい	いいえ	
薬や食品で皮膚に発疹やじんましんが出たり、体の具合が悪くなったことがありますか。	はい	いいえ	
過去にインフルエンザ予防接種を受けたことがありますか。	はい	いいえ	
①その際に具合が悪くなったことがありますか。	はい	いいえ	
②インフルエンザ以外の予防接種の際に具合が悪くなったことがありますか。	はい	いいえ	
ひきつけ(けいれん)を起こしたことがありますか。	はい	いいえ	
1か月以内に予防接種を受けましたか。予防接種の種類()	はい	いいえ	
心臓病、腎臓病、肝臓病、血液疾患などの慢性疾患にかかったことがありますか。 病名()	はい	いいえ	
その病気の主治医には、今日の予防接種を受けてもよいと言われましたか。	はい	いいえ	
最近1か月以内に熱が出たり、病気にかかったりしましたか。 病名()	はい	いいえ	
今日の予防接種について質問がありますか。	はい	いいえ	

医師記入欄

以上の問診及び診察の結果、今日の予防接種は(可能・見合わせる)。
本人に対して、予防接種の効果、副反応及び予防接種健康被害救済制度について、説明した。

(医師の署名または記名押印)

インフルエンザ予防接種希望書 (医師の診察の結果、接種が可能と判断された後に記入してください。)

医師の診察・説明を受け、予防接種の効果や副反応などについて理解した上で接種を(希望します・希望しません)。
この予診票は、予防接種の安全性の確保を目的としています。このことを理解の上、本予診票が市町村に提出されることに同意します。

年 月 日 (被接種者署名)

明石市高齢者インフルエンザ予防接種(高用量ワクチン)予診票兼報告書(市町保存用)

診察前の体温 度 分

カナ氏名 ※左詰めで記入		電話番号	-	-
氏名		性別 ※いずれかに○	1.男	2.女
住所				
生年月日	2.大正	3.昭和	年	月 日生 (満 歳)
費用区分 ※いずれかに○ 明石市が予防接種費用の無料化を行った年度に限り記入不要です。	0. 自己負担有 1. 自己負担無(市民税非課税世帯) 2. 自己負担無(生活保護世帯) 【予防接種費用無料措置にかかる書類の提出について】 ※「自己負担無」の方のみご記入ください。 明石市長様 高齢者インフルエンザ予防接種費用無料措置を受けるため、下記の書類を提出します。 いずれかに○ () 明石市高齢者インフルエンザ予防接種費用にかかる免除決定通知書 () 介護保険料額決定通知書 ※ 接種日と同一年度に交付されたもので、保険料段階第1~3段階のものに限る。 () 生活保護受給証明 ※ 接種日より3か月以内に発行したものに限り。 本人及び同一世帯に属する者の生活保護法の適用状況または課税状況等を確認することに同意します。 年 月 日 (氏名)			

使用ワクチン (高用量) Lot NO. 接種量 0.7ml	実施場所 医師名 所属医療機関	接種年月日	年	月	日
※3枚目の予防接種済証(本人手渡し用)に押印してください。					

見本

質問事項	回答欄		医師記入欄
接種当日、あなたの年齢は満65歳以上ですか。	はい	いいえ	
今年度のインフルエンザ予防接種(定期)を受けるのは初めてですか。	はい	いいえ	
今日のインフルエンザ予防接種について、説明書を読みましたか。	はい	いいえ	
今日のインフルエンザ予防接種の効果や副反応について理解しましたか。	はい	いいえ	
現在、何か病気にかかっていますか。病名()	はい	いいえ	
治療(投薬など)を受けていますか。	はい	いいえ	
その病気の主治医には、今日の予防接種を受けてもよいと言われましたか。	はい	いいえ	
免疫不全と診断されたことがありますか。	はい	いいえ	
今日、体に具合の悪いところがありますか。	はい	いいえ	
具合の悪い症状を書いてください。()	はい	いいえ	
薬や食品で皮膚に発疹やじんましんが出たり、体の具合が悪くなったことがありますか。	はい	いいえ	
過去にインフルエンザ予防接種を受けたことがありますか。	はい	いいえ	
①その際に具合が悪くなったことがありますか。	はい	いいえ	
②インフルエンザ以外の予防接種の際に具合が悪くなったことがありますか。	はい	いいえ	
ひきつけ(けいれん)を起こしたことがありますか。	はい	いいえ	
1か月以内に予防接種を受けましたか。予防接種の種類()	はい	いいえ	
心臓病、腎臓病、肝臓病、血液疾患などの慢性疾患にかかったことがありますか。	はい	いいえ	
病名()	はい	いいえ	
その病気の主治医には、今日の予防接種を受けてもよいと言われましたか。	はい	いいえ	
最近1か月以内に熱が出たり、病気にかかったりしましたか。	はい	いいえ	
病名()	はい	いいえ	
今日の予防接種について質問がありますか。	はい	いいえ	

以上の問診及び診察の結果、今日の予防接種は(可能・見合わせる)。 本人に対して、予防接種の効果、副反応及び予防接種健康被害救済制度について、説明した。 (医師の署名または記名押印)
--

インフルエンザ予防接種希望書 (医師の診察の結果、接種が可能と判断された後に記入してください。) 医師の診察・説明を受け、予防接種の効果や副反応などについて理解した上で接種を(希望します・希望しません)。 この予診票は、予防接種の安全性の確保を目的としています。このことを理解の上、本予診票が市町村に提出されることに同意します。 年 月 日 (被接種者署名)

氏 名

住 所

生年月日 2.大正 3.昭和 年 月 日生 (満 歳)

使用ワクチン
(高用量)

Lot NO.
接種量 0.7mℓ

実施場所
医師名
所属医療機
関

接種年月日

年 月 日

印

見
本

▶ 予防接種を受けた後の一般的注意事項

- ① 接種後、健康管理に注意し、高熱や局所の異常反応など、体調に異常を感じた場合には、速やかに医師に連絡すること
- ② 接種当日は激しい運動や過度の飲酒等は控えること
- ③ 接種当日の入浴は問題ありませんが、注射部位をこすらないこと

▶ 副反応が起こった場合

接種部位の赤み・はれ・痛みなどが多くみられる副反応です。また、発熱・悪寒・頭痛・倦怠感が見られることもあります。通常2～3日で消失します。まれですが、アナフィラキシーショック、急性散在性脳脊髄炎等の報告があります。接種後に気になる症状を認めた場合は、接種医あるいはかかりつけ医に相談してください。

▶ 予防接種による健康被害救済制度

定期の予防接種により健康被害(入院相当以上の治療を必要とする程度)が生じた場合、当該予防接種が原因であると厚生労働大臣に認定されると、予防接種法による救済制度が適用され、医療費、医療手当、障害年金、遺族一時金、葬祭料など法律で定められた金額が支給されます。

申請に必要な手続きは、住民票がある市町にご相談ください。

明石市 ・ 加古川市 ・ 高砂市 ・ 稲美町 ・ 播磨町

(6桁)
予防接種
医療機関
コード

--	--	--	--	--	--

医療機関名

電話

年 月 日

下記のとおり実施しましたので報告します。

報告担当者

(年 月分)

ワクチン種別	対象者	有料人数 (①)	無 料		合計 (①+②+③)	予診のみ
			非課税 (②)	生活保護 (③)		
標準量ワクチン	満65歳以上					
	満60～65歳未満の 厚労省令で 定める者					
高用量ワクチン	満75歳以上					

※ 明石市民は接種費用の無料化が行われた年度に限り人数内訳①～③の記入は不要

1か月分をまとめて、予防接種を実施した翌月5日までに明石市医師会へ提出してください。

添付書類 明石市高齢者インフルエンザ予防接種予診票兼報告書(市町保存用)、証明書類(該当の場合)

※詳しくは実施要領等をご確認ください。

見
本

【報告書提出に係るチェックリスト(明石市町区分)※提出前にチェックを！

- 予診票の「本人記入欄(氏名・住所・電話番号など)」に抜けはありませんか。
- 被接種者は65歳以上ですか。
- 高用量ワクチンの被接種者は75歳以上ですか。
- 予診票の「医師記入欄(接種場所・医師名・接種年月日・ロットNo)」に抜けはありませんか。
- 被接種者が満60～65歳未満で厚労省が定める障害のある方の場合、証明書(身体障害者手帳等)を添付(A4コピー)していますか。 ※手帳は対象者・等級・疾病名が分かる面をコピーすること
- 被接種者が自己負担免除者(市民税非課税世帯・生活保護受給世帯)の場合、証明書(以下)を添付(A4コピー)していますか。 また、予診票の「費用区分欄」を記入していますか。

※ 明石市民は接種費用の無料化が行われた年度に限り、証明書の添付及び区分欄の記入は不要



<自己負担免除者の証明書類(明石市)>

- ① 介護保険料額決定通知書(接種日と同一年度に交付されたもので、保険料段階1～3段階のものに限る)
- ② 生活保護受給証明書(接種日より3か月以内に発行したのものに限る)
- ③ 明石市高齢者インフルエンザ予防接種費用にかかる免除決定通知書

明石市 ・ 加古川市 ・ 高砂市 ・ 稲美町 ・ 播磨町

(6桁)
予防接種
医療機関
コード

--	--	--	--	--	--

医療機関名

電話

年 月 日

下記のとおり実施しましたので報告します。

報告担当者

(年 月分)

ワクチン種別	対象者	有料人数 (①)	無 料		合計 (①+②+③)	予診のみ
			非課税 (②)	生活保護 (③)		
標準量ワクチン	満65歳以上					
	満60～65歳未満の 厚労省令で 定める者					
高用量ワクチン	満75歳以上					

※ 明石市民は接種費用の無料化が行われた年度に限り人数内訳①～③の記入は不要

1か月分をまとめて、予防接種を実施した翌月5日までに明石市医師会へ提出してください。

添付書類 明石市高齢者インフルエンザ予防接種予診票兼報告書(市町保存用)、証明書類(該当の場合)
※詳しくは実施要領等をご確認ください。

見本

【報告書提出に係るチェックリスト(明石市民向け) ※提出前にチェックを！

- 予診票の「本人記入欄(氏名・住所・電話番号など)」に抜けはありませんか。
- 被接種者は65歳以上ですか。
- 高用量ワクチンの被接種者は75歳以上ですか。
- 予診票の「医師記入欄(接種場所・医師名・接種年月日・ロットNo)」に抜けはありませんか。
- 被接種者が満60～65歳未満で厚労省が定める障害のある方の場合、証明書(身体障害者手帳等)を添付(A4コピー)していますか。 ※手帳は対象者・等級・疾病名が分かる面をコピーすること
- 被接種者が自己負担免除者(市民税非課税世帯・生活保護受給世帯)の場合、証明書(以下)を添付(A4コピー)していますか。 また、予診票の「費用区分欄」を記入していますか。

※ 明石市民は接種費用の無料化が行われた年度に限り、証明書の添付及び区分欄の記入は不要

<自己負担免除者の証明書類(明石市)>

- ① 介護保険料額決定通知書(接種日と同一年度に交付されたもので、保険料段階1～3段階のものに限る)
- ② 生活保護受給証明書(接種日より3か月以内に発行したものに限り)
- ③ 明石市高齢者インフルエンザ予防接種費用にかかる免除決定通知書



明石市 ・ 加古川市 ・ 高砂市 ・ 稲美町 ・ 播磨町

(6桁)
予防接種
医療機関
コード

--	--	--	--	--	--

医療機関名

電話

年 月 日

下記のとおり実施しましたので報告します。

報告担当者

(年 月分)

ワクチン種別	対象者	有料人数 (①)	無 料		合計 (①+②+③)	予診のみ
			非課税 (②)	生活保護 (③)		
標準量ワクチン	満65歳以上					
	満60～65歳未満の 厚労省令で 定める者					
高用量ワクチン	満75歳以上					

※ 明石市民は接種費用の無料化が行われた年度に限り人数内訳①～③の記入は不要

1か月分をまとめて、予防接種を実施した翌月5日までに明石市医師会へ提出してください。

添付書類 明石市高齢者インフルエンザ予防接種予診票兼報告書(市町保存用)、証明書類(該当の場合)

※詳しくは実施要領等をご確認ください。

見本

【報告書提出に係るチェックリスト(明石市民分)】 ※提出前にチェックを！

- 予診票の「本人記入欄(氏名・住所・電話番号など)」に抜けはありませんか。
- 被接種者は65歳以上ですか。
- 高用量ワクチンの被接種者は75歳以上ですか。
- 予診票の「医師記入欄(接種場所・医師名・接種年月日・ロットNo)」に抜けはありませんか。
- 被接種者が満60～65歳未満で厚労省が定める障害のある方の場合、証明書(身体障害者手帳等)を添付(A4コピー)していますか。 ※手帳は対象者・等級・疾病名が分かる面をコピーすること
- 被接種者が自己負担免除者(市民税非課税世帯・生活保護受給世帯)の場合、証明書(以下)を添付(A4コピー)していますか。 また、予診票の「費用区分欄」を記入していますか。

※ 明石市民は接種費用の無料化が行われた年度に限り、証明書の添付及び区分欄の記入は不要



<自己負担免除者の証明書類(明石市)>

- ① 介護保険料額決定通知書(接種日と同一年度に交付されたもので、保険料段階1～3段階のものに限る)
- ② 生活保護受給証明書(接種日より3か月以内に発行したのものに限る)
- ③ 明石市高齢者インフルエンザ予防接種費用にかかる免除決定通知書

枚目 (全 枚)

【月報】 新型コロナワクチン接種実施報告書

(市町控)

明石市 ・ 加古川市 ・ 高砂市 ・ 稲美町 ・ 播磨町

(6桁)
予防接種
医療機関
コード

--	--	--	--	--	--

医療機関名

電話

年 月 日

下記のとおり実施しましたので報告します。

報告担当者

(年 月分)

対象者	有料人数 (①)	無 料		合計 (①+②+③)	予診のみ
		非課税 (②)	生活保護 (③)		
満65歳以上					
満60～65歳未満の 厚労省令で定める者					

1か月分をまとめて、予防接種を実施した翌月5日までに明石市医師会へ提出してください。

添付書類 明石市高齢者新型コロナワクチン接種予診票兼報告書(市町保存用)、証明書類(該当の場合)
※詳しくは実施要領等をご確認ください。

見本

【報告書提出に係るチェックリスト(明石市民分)】※提出前にチェックを！

- 予診票の「本人記入欄(氏名・住所・電話番号など)」に抜けはありませんか。
- 被接種者は65歳以上ですか。
- 予診票の「医師記入欄(接種場所・医師名・接種年月日・ロットNo)」に抜けはありませんか。
- 被接種者が満60～65歳未満で厚労省が定める障害のある方の場合、証明書(身体障害者手帳等)を添付(A4コピー)していますか。 ※手帳は対象者・等級・疾病名が分かる面をコピーすること
- 被接種者が自己負担免除者(市民税非課税世帯・生活保護受給世帯)の場合、証明書(以下)を添付(A4コピー)していますか。 また、予診票の「費用区分欄」を記入していますか。



<自己負担免除者の証明書類(明石市)>

- ① 介護保険料額決定通知書(接種日と同一年度に交付されたもので、保険料段階1～3段階のものに限る)
- ② 生活保護受給証明書(接種日より3か月以内に発行したものに限り)
- ③ 明石市高齢者新型コロナワクチン接種費用にかかる免除決定通知書

明石市 ・ 加古川市 ・ 高砂市 ・ 稲美町 ・ 播磨町

(6桁)
予防接種
医療機関
コード

--	--	--	--	--	--

医療機関名

電話

年 月 日

下記のとおり実施しましたので報告します。

報告担当者

(年 月分)

対象者	有料人数 (①)	無 料		合計 (①+②+③)	予診のみ
		非課税 (②)	生活保護 (③)		
満65歳以上					
満60～65歳未満の 厚労省令で定める者					

1か月分をまとめて、予防接種を実施した翌月5日までに明石市医師会へ提出してください。

添付書類 明石市高齢者新型コロナワクチン接種申請票兼報告書(市町保存用)、証明書類(該当の場合)
※詳しくは実施要領等をご確認ください。見
本

【報告書提出に係るチェックリスト(明石市市民)】 ※提出前にチェックを！

- 予診票の「本人記入欄(氏名・住所・電話番号など)」に抜けはありませんか。
- 被接種者は65歳以上ですか。
- 予診票の「医師記入欄(接種場所・医師名・接種年月日・ロットNo)」に抜けはありませんか。
- 被接種者が満60～65歳未満で厚労省が定める障害のある方の場合、証明書(身体障害者手帳等)を添付(A4コピー)していますか。 ※手帳は対象者・等級・疾病名が分かる面をコピーすること
- 被接種者が自己負担免除者(市民税非課税世帯・生活保護受給世帯)の場合、証明書(以下)を添付(A4コピー)していますか。 また、予診票の「費用区分欄」を記入していますか。



<自己負担免除者の証明書類(明石市)>

- ① 介護保険料額決定通知書(接種日と同一年度に交付されたもので、保険料段階1～3段階のものに限る)
- ② 生活保護受給証明書(接種日より3か月以内に発行したものに限る)
- ③ 明石市高齢者新型コロナワクチン接種費用にかかる免除決定通知書

枚目 (全 枚)

【月報】 新型コロナワクチン接種実施報告書 (医療機関控)

明石市 ・ 加古川市 ・ 高砂市 ・ 稲美町 ・ 播磨町

(6桁)
予防接種
医療機関
コード

Code input field

医療機関名

電話

年 月 日

下記のとおり実施しましたので報告します。

報告担当者

(年 月分)

Table with columns: 対象者, 有料人数 (①), 無料 (非課税 (②), 生活保護 (③)), 合計 (①+②+③), 予診のみ

見本

1 か月分をまとめて、予防接種を実施した翌月5日までに明石市医師会へ提出してください。

添付書類 明石市高齢者新型コロナワクチン接種予診票兼報告書 (市町保存用)、証明書類 (該当の場合) ※詳しくは実施要領等をご確認ください。

【報告書提出に係るチェックリスト(明石市医師会)】 ※提出前にチェックを！

- 予診票の「本人記入欄(氏名・住所・電話番号など)」に抜けはありませんか。
被接種者は65歳以上ですか。
予診票の「医師記入欄(接種場所・医師名・接種年月日・ロットNo)」に抜けはありませんか。
被接種者が満60～65歳未満で厚労省が定める障害のある方の場合、証明書(身体障害者手帳等)を添付(A4コピー)していますか。
被接種者が自己負担免除者(市民税非課税世帯・生活保護受給世帯)の場合、証明書(以下)を添付(A4コピー)していますか。 また、予診票の「費用区分欄」を記入していますか。



<自己負担免除者の証明書類(明石市)>

- ① 介護保険料額決定通知書(接種日と同一年度に交付されたもので、保険料段階1～3段階のものに限る)
② 生活保護受給証明書(接種日より3か月以内に発行したものに限り)
③ 明石市高齢者新型コロナワクチン接種費用にかかる免除決定通知書