

川崎市麻しん及び風しん任意予防接種実施要領

(目的)

第1条 この要領は、予防接種法（昭和23年法律第68号）に基づく定期の麻しん及び風しんの予防接種（以下「定期予防接種」という。）の対象外となる者への麻しん及び風しんの予防接種（以下「任意予防接種」という。）について、市民が接種費用を負担することなく、接種できる機会を設けることで、集団発生など感染症のまん延防止を図ることを目的とする。

(実施期間)

第2条 実施期間は、毎年4月1日から翌年3月31日までとする。

(実施場所)

第3条 任意予防接種は、市内の個別協力医療機関（以下「協力医療機関」という。）で行う。

(対象者)

第4条 任意予防接種の対象者は、定期の麻しん及び風しんの第1期予防接種又は第2期予防接種のいずれかを受けていない者であって、次の各号のいずれかに該当する者とする。ただし、特別の事情があることにより定期の予防接種を受けることができなかつたと認められる者に対する定期予防接種の取扱要領の対象者となる場合を除く。

(1) 生後24月に至った日の翌日から生後36月に至るまでの間にある者。

(2) 6歳以上8歳未満の者であって小学校就学の始期の属する年度の初日から当該年度の末日までの間にある者。

(費用)

第5条

任意予防接種に係る費用は、全額公費負担とする。

(接種の申込)

第6条 任意予防接種の対象者が接種を受けようとするときは、川崎市麻しん及び風しん任意予防接種申込書(第1号様式)(以下「申込書」という。)を市長に提出しなければならない。

(予診票の交付)

第7条 市長は、前条の申込書の提出を受けたときは、対象者に予防接種予診票を交付する。予防接種予診票は定期予防接種の予診票を用いることとし、余白に有効期限を記載する。

(予診票の有効期間)

第8条 前条の予診票の有効期間は、申込のあった日から第4条に規定する期間の終期までとする。

(健康被害の救済措置)

第9条 この要領に基づく予防接種によ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(平成14年法律第192号)に基づく救済を行う。

(その他)

第10条 この要領に規定していない事項については、川崎市予防接種実施要領に準じて行う。

附 則

(施行期日)

1 この要領は、平成28年 4月 1日から施行する。

(任意予防接種の対象者の特例)

2 第4条の任意予防接種の対象者については、令和8年7月1日から令和9年3月31日までの間、同条第1号中「生後36月に至るまで

の間にある者。」とあるのは「15歳となる日の属する年度の末日までの間にある者。」と、同条第2号中「当該年度の末日までの間にある者。」とあるのは「15歳となる日の属する年度の末日までの間にある者。」とする。この場合において、第8条の期間の終期は令和9年3月31日とする。

附 則

(施行期日)

- 1 この要領は、令和 2年 4月 1日から施行する。

(経過措置)

- 2 改正前の要領の規定により調製した帳票で、現に残存するものについては、当分の間、必要な箇所を訂正した上、引き続きこれを使用することができる。

附 則

この要領は、令和 7年 4月 1日から施行する。

附 則

この要領は、令和 8年 7月 1日から施行する。

(第1号様式)

川崎市麻しん及び風しん任意予防接種申込書

(宛先) 川崎市長

年 月 日

| | | |
|-----|---------------|------------------------|
| 申請者 | フリガナ | |
| | 氏名 | |
| | 住所 | |
| | 電話番号 | |
| | 予防接種を受ける者との続柄 | ※同居の親族以外の場合は、委任状が必要です。 |

次のとおり、予防接種予診票の発行を申込みます。

| | | |
|---------------------|------|----------------|
| 予防接種を受ける者 (被接種者) | フリガナ | |
| | 氏名 | |
| | 生年月日 | 年 月 日 |
| | 住所 | ※申請者と異なる場合のみ記入 |

保護者同意書欄

川崎市から配られた説明書を読み、予防接種の効果や目的、重篤な副反応の可能性、医薬品医療機器総合機構法に基づく救済制度などについて理解した上で、麻しん及び風しんの予防接種を希望します。

保護者自署

----- 以下は記載しないでください -----

【川崎市処理欄】

| 担当 | 係長 | 課長 | システム処理日 |
|-----|---------------------------------|----|---------|
| | | | 年 月 日 |
| 確認欄 | <input type="checkbox"/> 母子健康手帳 | | |

| |
|-----|
| 受付印 |
| |