新型コロナウイルス感染症予防接種実施要領

（目的）

第１条　この要領は、予防接種法（昭和２３年法律第６８号）に基づく定期の新型コロナウイルス感染症予防接種（以下「定期予防接種」という。）について、市民が接種できる機会を設けることで、個人の発病又はその重症化を予防し、併せてこれによりそのまん延の予防に資することを目的とする。

（実施期間）

第２条　実施期間は毎年１０月１日から翌年２月末日までとする。ただし、新型コロナウイルス感染症の感染状況等によっては、別途実施期間を定める。

（実施場所）

第３条　定期予防接種は、市内の個別協力医療機関及び専門相談協力医療機関（以下「実施機関」という。）で行う。

（対象者）

第４条　定期予防接種の対象者は、接種日において６５歳以上の者又は６０歳から６５歳未満の者であって、心臓、腎臓又は呼吸器の機能に自己の身辺の日常生活活動が極度に制限される程度の障害を有するもの及びヒト免疫不全ウイルスにより免疫の機能に日常生活がほとんど不可能な程度の障害を有するものとする。

（接種回数）

第５条　定期予防接種の接種回数は、毎年度実施期間中１回とする。

２　実施機関の医師の判断により対象者が２回目の接種を希望した場合は、原則として１回目を定期予防接種とする。

（接種方法）

第６条　定期予防接種に使用する接種液は、医薬品、医療機器等の品質、有効性及び安全性の確保等に関する法律（昭和３５年法律第１４５号）第４３条に基づく検定に合格したワクチンで、「予防接種法第５条第１項の規定による予防接種の実施について」（平成２５年３月３０日付け健発０３３０第２号厚生労働省健康局長通知）の別添「定期接種実施要領」にて「新型コロナウイルス感染症の定期接種」に使用するものとして示されたものとし、あらかじめ実施機関が購入した上で、それぞれのワクチンの用法に従い接種する。

（自己負担金の徴収）

第７条　定期予防接種に係る自己負担金は、７，０００円とする。

２　実施機関は、接種時に対象者から自己負担金を徴収する。ただし、対象者が次の各号に掲げる者に該当し、それを証明するもの（以下「証明書類」という）の提示があったときは、徴収免除とする。

（１）生活保護世帯に属する者

（２）市民税県民税非課税世帯に属する者

（３）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（平成６年法律第３０号）（以下「中国残留邦人等に関する法律」という。）に基づく支援の対象となる者

３　前項の証明書類は、次のいずれかに該当するものとする。

生活保護世帯に属する者であることを証明できる書類	最新の被保護証明書等

市民税県民税非課税世帯に属する者であることを証明できる書類	最新の介護保険料納入通知書（市民税県民税非課税世帯であることがわかるものに限る）等
中国残留邦人等に関する法律の支援の対象となる者であることを証明できる書類	中国残留邦人等に関する法律に基づく支援の本人確認証
	中国残留邦人等に関する法律に基づく支援給付受給証明書

４　対象者から徴収した自己負担金は、後日、証明書類が提示された場合であっても払い戻さない。

（確認手続き）

第８条　対象者は、前条第３項の証明書類がないときは、市長に自己負担金免除対象者であることの確認を求めることができる。

２　前項に規定する確認を受けようとするときは、「定期予防接種自己負担金免除対象者確認申請書兼同意書」（第１号様式）により市長に申請するものとする。

３　前項に規定する申請は対象者、対象者と同一の世帯に属する者及び対象者から委任を受けた者が行う。

４　市長は、確認後、申請者へ結果を通知する。

附　則

この要領は、令和６年９月４日から施行する。

附　則

この要領は、令和７年１０月１日から施行する。

第１号様式

定期予防接種自己負担金免除対象者
確 認 申 請 書 兼 同 意 書

（宛先）川崎市長

令和　　年　　月　　日

定期予防接種自己負担金の免除対象者であることの確認について申請します。また、確認に必要とする対象者及びその属する世帯員すべての市･県民税の課税状況等について調査することに同意します。

申請者	フリガナ		
	氏　　名		
	生年月日	明治 ・ 大正 ・ 昭和　　年　　月　　日（　　歳）	
	住　　所	川崎市　　区	
	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。**

対象者 （接種を受ける方）	フリガナ		
	氏　　名		同上
	住　　所	川崎市　　区	同上
	生年月日	明治 ・ 大正 ・ 昭和　　年　　月　　日（　　歳）	同上
	電話番号		
希望予防接種名 （ チェックしてください ）		□ インフルエンザ　　□ 新型コロナウイルス感染症	

---------- 以下は記載しないでください ----------

【処理欄】

担　当	係　長	課　長	結　果
			該　当
			非該当
			不　明

受付印