

帯状疱疹^{ほうしん}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）に基づく定期の帯状疱疹^{ほうしん}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及び合併症の発症を予防す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 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（以下「対象者」という。）は、接種日において 65 歳の者又は 60 歳以上 65 歳未満の者であって、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。

（接種方法）

第 5 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乾燥弱毒生水痘ワクチン（以下「生ワクチン」という。）又は乾燥組換え帯状疱疹^{ほうしん}ワクチン（以下「組換えワクチン」という。）とし、あらかじめ実施機関が購入した上で、次の各号に掲げるいずれかの方法により行うものとする。

（1） 生ワクチンを皮下に注射するものとし、接種量は、0.5 m

1 とする方法。

- (2) 組換えワクチンを2月以上の間隔をおいて2回筋肉内に注射するものとし、接種量は、毎回0.5ml とする方法。ただし、対象者のうち、疾病又は治療により免疫不全である者、免疫機能が低下した者又は免疫機能が低下する可能性がある者等で、医師が早期の接種が必要と判断したものについては、間隔を1月以上とすることができる。

(自己負担金の徴収)

第6条 定期予防接種に係る自己負担金は、生ワクチンにあつては4,000円、組換えワクチンにあつては1回につき10,000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。）の提示があつたときは、徴収を免除とする。

(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。）の支援の対象となる者

- 3 前項各号に定める証明書類は、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	最新の被保護証明書
市民税県民税非課	最新の介護保険料納入通知書（市民税県民税非

税世帯に属する者	課税世帯であることがわかるものに限る。)
	介護保険負担限度額認定証（有効期限内のものに限る。)
	後期高齢者医療限度額適用・標準負担額認定証（有効期限内のものに限る。)
中国残留邦人等に関する法律の支援の対象となる者	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7条 対象者は、前条第2項の証明書類がないときは、市長に自己負担金の免除され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 前項の申請は対象者、対象者と同一の世帯に属する者が行う。

- 4 市長は、確認後、申請した者へ結果を通知する。

附 則

（施行期日）

- 1 この要領は、令和7年4月1日から施行する。

（経過措置）

- 2 この要領の施行の日から令和8年3月31日までの間における第

4 条の適用については、同条中「65歳の者」とあるのは、「令和7年3月31日において100歳以上の者及び同年4月1日から令和8年3月31日までの間に65歳、70歳、75歳、80歳、85歳、90歳、95歳又は100歳となる者」とする。

- 3 令和8年4月1日から令和12年3月31日までの間における第4条の適用については、同条中「65歳の者」とあるのは、「65歳、70歳、75歳、80歳、85歳、90歳、95歳又は100歳となる日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」とする。

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

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)		☐ 帯状疱疹 ほうしん	

----- 以下は記載しないでください -----

【処理欄】				受付印
担 当	係 長	課 長	結 果	
			該 当	
			非該当	
			不 明	