

令和 6 年度
インフルエンザ予防接種・
新型コロナウイルス感染症予防接種の実施について

米子市福祉保健部健康対策課

1 目的

インフルエンザ予防接種及び新型コロナウイルス感染症予防接種は、高齢者の重症化防止に有効であることから、個人予防の積み重ねとして社会全体の疾病予防を図ることを目的とします。

2 対象者（インフルエンザ予防接種と新型コロナウイルス感染症予防接種ともに同じ対象者）

- ・ 65 歳以上の方（昭和 34 年 12 月 31 日までに生まれた方）
- ・ 60 歳以上 65 歳未満の方であって、心臓、腎臓又は呼吸器の機能に自己の身の日常生活活動が極度に制限される程度の障がい有する方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がい有する方

3 実施期間（インフルエンザ予防接種と新型コロナウイルス感染症予防接種ともに同じ期間）

令和 6 年 10 月 1 日～令和 7 年 1 月 31 日

4 実施方法

(1) 予防接種の流れ

① 受付

予診票を持参した方のみ受付してください。受付時において「予防接種を受けた方への注意事項（B 類定期接種用）」、「予防接種健康被害救済制度について」を渡してください。

※予診票等により受診時 65 歳以上であることを確認してください。接種期間中に 65 歳になられる方は、65 歳の誕生日の前日以降に対象となりますのでご注意ください。（誕生日の前日より前の接種は全額自己負担）

予診票右上部にメッセージがある場合は注意が必要です

高齢者のインフルエンザ予防接種予診票				
※太枠内にご記入またはチェック☐を入れてください。				
住所	鳥取 県 米子 市		負担金	1,200 円
	加茂町一丁目1番地		コード	00000000
氏名	米子 ネギ子	性別	女	接種期間: R6.11.1 ~ R7.1.31

※予診票は、65歳以上の方（昭和34年12月31日までに生まれた方）全員に発行します。紛失等で予診票がない方が接種を希望される場合は、本人等から健康対策課へ再発行の依頼が必要です。

<依頼方法>

- ・電子申請による再発行 ▶▶▶米子市ホームページを参照
- ・電話による再発行 ▶▶▶米子市健康対策課 ☎（0859）23-5451
- ・窓口による再発行 ▶▶▶米子市健康対策課

所在地：錦町1丁目139-3 ふれあいの里3階
（本人確認書類が必要です）

※60歳以上65歳未満の身体障がい者手帳を持っていない方で、接種を希望される場合は、医師による「60歳以上65歳未満のB類疾病の定期接種対象者意見書」が必要ですので、健康対策課まで接種前にご連絡ください。

② 予診

対象者が持参した予診票を使用してください。接種前に体温を測定し、予診票に記入してください。また、質問事項の回答欄に記入漏れがないように予診した上で、特記事項などがあれば医師記入欄に記入してください。なお、太枠下の医師記入欄には接種が可能か見合わせるか選択し、医師の署名（又は記名押印）をしてください。

※予診票は健康被害が発生した場合、厚生労働省への提出書類となります。

⑦ 接種期間中 65 歳になる方は 65 歳の誕生日の前日から接種可能

⑧ 回答欄を確認し、必要があれば特記事項を医師記入欄に記入

⑨ 体温を測定し、記入する

⑩ 代筆の場合は、被接種者氏名と、代筆者氏名・続柄を必ず記入してもらう

⑪ 必ず署名又は記名押印をする

⑫ ゴム印可

高齢者のインフルエンザ予防接種予診票			
※太枠内にご記入またはチェック☑を入れてください。			
住所	鳥取県 米子市 加茂町一丁目1番地	負担金	1,200 円
氏名	米子 ネギ子	性別	女
生年月日	昭和30年1月1日	接種期間	R6.10.1 ~ R7.1.31
生	(満 歳)	診察前の体温	度 分
質問事項		回答欄	
今日のインフルエンザの予防接種について市町村から配られている説明書を読みましたか。		☐ はい ☐ いいえ	
今日の予防接種の効果や副反応など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。		☐ はい ☐ いいえ	
病名 ()			
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。()			
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	
インフルエンザの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はありますか。		☐ 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はありますか。		☐ 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。		☐ はい ☐ いいえ	
予防接種の種類 ()			
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 ()			
その病気を診てもらっている医師に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ヶ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 ()			
今日の予防接種について質問がありますか。		☐ はい ☐ いいえ	
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。			
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。			
（※自署できない場合は代筆者が署名し、代筆者氏名及び被接種者との続柄を記載）			
被接種者自署		代筆者氏名	
年 月 日		続 柄	
以上の問診及び診察の結果、今日の接種は、 ☐ 可能 ☐ 見合わせる		医師署名又は記名押印	
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。			
ワクチン名・ロット番号		接種量	
シール貼付位置		実施場所	
(注)有効期限が切れていないか確認		医師名	
年 月 日		年 月 日	
インフルエンザ予防接種済証（定期接種）			
氏名	米子 ネギ子	生年月日	昭和30年1月1日
住所	米子市加茂町一丁目1番地	鳥取県米子市長	伊木 隆司
接種年月日	年 月 日	メーカー／Lot No. (シール貼付け)	実施場所 医師名

※新型コロナウイルス感染症予防接種予診票も同様に記載してください。

※接種希望者が予防接種説明書を読んでいない場合、同封の説明書を渡して読んでもらってください。

③ 接種

接種の実施にあたっては、B類疾病予防接種ガイドラインや関係法令を遵守して行ってください。接種後、30分程度経過観察を行ってください。他のワクチンとの同時接種については、特に医師が必要と認めた場合に可能です。また、他のワクチンとの接種間隔はありません。

接種医療機関及び接種施設には、予防接種直後のショック等の発生に対応するために必要な薬品及び器具を備えておいてください。

(救急処置物品例)

- | | |
|---|--|
| ㊦ | 血圧計 |
| ① | 静脈路確保用品 |
| ㊵ | 輸液 |
| ㊥ | アドレナリン・抗ヒスタミン剤（H1受容体拮抗薬）・
抗けいれん剤・副腎皮質ステロイド剤等の薬液 |
| ㊦ | 喉頭鏡 |
| ㊵ | 気管内チューブ |
| ㊥ | 蘇生バック 等 |

④ 予防接種済証の交付

予防接種後、医療機関において予防接種済証を交付してください。予防接種済証は予診票下部にあります。必要事項を記入し、ミシン目に沿って予診票から切り離して交付してください。

入 欄	シール貼付位置 (注)有効期限が切れていないの確認	実施場所 医師名	接種年月日 年 月 日
	インフルエンザ予防接種済証(定期接種)		
氏名	米子 ネギ子	生年月日	昭和30年1月1日
住所	米子市加茂町一丁目1番地	鳥取県米子市長 伊木 隆司	印
接種年月日 年 月 日	メーカー/Lot No. (シール貼付け)	実施場所 医師名	

㊦ ミシン目に沿って切って、交付する

① 必要事項を記入する

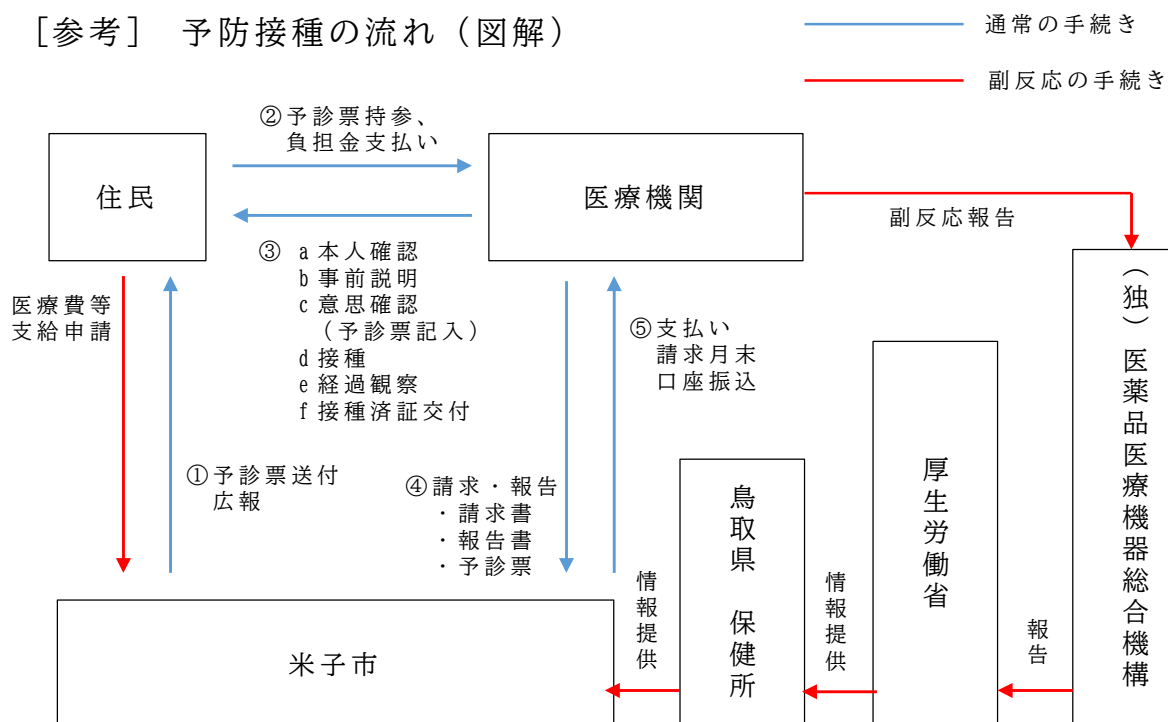
⑤ 個人負担金の回収

予診票の右上部に記載のある金額を被接種者から回収してください。

(2) 予防接種後副反応疑い報告制度

予防接種後副反応疑い報告書報告基準に該当するものを診断した場合は、「予防接種後副反応疑い報告書」に必要事項を記入の上、直ちに(独)医薬品医療機器総合機構に提出してください。電子申請による報告も可能です。(https://www.pmda.go.jp/safety/reports/hcp/0002.html)

[参考] 予防接種の流れ（図解）



5 予防接種委託料及び個人負担金

(1) 予防接種委託料

予防接種名	委託料（受診者一人あたり）
インフルエンザ予防接種	4,310 円/人
新型コロナウイルス感染症予防接種	15,300 円/人

(2) 個人負担金（米子市に住民票がある方）

予防接種名	市民税課税世帯	市民税非課税世帯	生活保護世帯
インフルエンザ予防接種	1,200 円	600 円	無料
新型コロナウイルス感染症予防接種	2,100 円	700 円	

※米子市外の市町村の住民の方の個人負担金については、「令和6年度インフルエンザ予防接種・新型コロナウイルス感染症予防接種 市町村別個人負担金（別添）をご覧ください。

高齢者のインフルエンザ予防接種予診票			
※太枠内にご記入またはチェック☐を入れてください。			
住所	鳥取 県 米子 市	負担金	1,200 円
	加茂町一丁目1番地	コード	00000000
氏名	米子 ネギ子	性別	女
		接種期間	R6.10.1 ~ R7.1.31

対象者それぞれの個人負担金は予診票右上部にあります

6 予防接種の実施報告及び予防接種委託料の請求

(1) 実施報告書の記載方法

インフルエンザ予防接種実施報告書

① 市町村長名を記入
例) 米子市長 様

② 対象の年月を記入

③ 添付する予診票の枚数と 60～64 歳の接種数を記入

④ 日付は未記入

⑤ 所在地、医療機関名、肩書、院長名（医療法人の場合は理事長名）を記入
押印は不要
例)
米子市加茂町 1-1
〇〇〇 医院
院長 米子太郎

⑥ 実施報告書の後に予診票を添付する

年 月 日 報告

所在地
医療機関名
氏 名

年 月 実施したインフルエンザ予防接種について関係書類を
そえて報告します。

添付書類
予診票 _____ 枚
内 (60～64歳 _____ 人)

※新型コロナウイルス感染症予防接種実施報告書も同様に記載してください。

※インフルエンザ予防接種の実績報告書は水色の紙、新型コロナウイルス感染症予防接種の実績報告書は白色の紙です。

(2) 請求書の記載方法

米子市と西部圏域の他市町村は、請求書の様式及び記載方法が異なります。

① 米子市長宛

請求金額欄には単価（インフルエンザ予防接種：4,310 円、新型コロナウイルス感染症予防接種：15,300 円）に接種者数を乗じた金額を記載してください。振込額は、請求金額から個人負担金を控除した金額です。

米子市・西部圏域用 請求書

① 対象の年月を記入

② 接種者数、個人負担金額、内訳を記入

③ 日付は未記入

④ 所在地、医療機関名、肩書、院長名（医療法人の場合は理事長名）を記入
押印は不要
例)
米子市加茂町 1-1
〇〇〇 医院
院長 米子太郎

⑤ 請求額を記入

これは令和 年 月分のインフルエンザ予防接種委託料として

内 訳

接種者 4,310 円 × 人 = 円

負担者 1,200 円 人

負担者 6,000 円 人

負担金合計 円

上記のとおり請求します。

令和 年 月 日

所在地
医療機関名
氏 名

米子市長 様

※新型コロナウイルス感染症予防接種請求書も同様に記載してください。

※インフルエンザ予防接種の請求書は水色の紙、新型コロナウイルス感染症予防接種の請求書は白色の紙です。

② 西部圏域の他市町村宛

請求書の請求金額欄には、個人負担金を引いた単価にそれぞれの接種者数を乗じた金額の合計を記載してください。

(3) 提出方法

予防接種を行った月の翌月の 15 日（12 月は 10 日、2 月は 14 日）までに、**健康対策課に実施報告書、予診票、請求書を提出**してください。

委託料は、請求のあった月の月末に指定の銀行口座に振り込みます。締切日以降に市町村担当課に提出された場合は、翌月になることがあります。

[参考]

○請求期限日一覧（令和 6 年度）

実施月	請求月	請求期限	備考
10 月	11 月	令和 6 年 11 月 15 日（金）	
11 月	12 月	// 12 月 10 日（火）	期限注意
12 月	令和 7 年 1 月	令和 7 年 1 月 15 日（水）	
令和 7 年 1 月	// 2 月	// 2 月 14 日（金）	期限注意

○市町村担当課一覧

市町村名及び担当課	所在地	電話番号
米子市健康対策課	〒683-0811 米子市錦町 1-139-3	(0859) 23-5451
境港市健康づくり推進課	〒684-8501 境港市上道町 3000	(0859) 47-1041
日南町役場福祉保健課	〒689-5211 日野郡日南町生山 511 番地 5	(0859) 82-0374
日野町健康福祉センター	〒689-4503 日野郡日野町根雨 101 番地	(0859) 72-1852
江府町役場住民生活課	〒689-4401 日野郡江府町江尾 2088 番地 3	(0859) 75-6111
日吉津村役場福祉保健課	〒689-3553 西伯郡日吉津村日吉津 872 番地 15	(0859) 27-5952
大山町役場健康対策課	〒689-3211 西伯郡大山町御来屋 467 番地	(0859) 54-5206
南部町役場健康福祉課	〒683-0323 西伯郡南部町倭 482 番地	(0859) 66-5524
伯耆町役場健康対策課	〒689-4133 西伯郡伯耆町吉長 37 番地 3	(0859) 68-5536

7 本人の意思表示に関する取扱い

B類疾病であるインフルエンザ予防接種と新型コロナウイルス感染症予防接種は、対象者が接種を希望する場合にのみ接種を行うこととなっており、最終的に対象者の意思確認ができない場合は、予防接種法に基づいた接種を行うことはできません。本人の予防接種を受ける意思が確認しにくい場合は、ご家族やかかりつけ医の協力を得て慎重に判断してください。

また、意思確認できるものの、肉体的事情等で予診票に自署ができない場合は、改めて意思確認を行った上で家族等による代筆を行ってまいります。代筆の場合は、代筆される方の署名及び続柄の記入が必要です。

8 スケジュール

年月日		内容
令和 6 年	9 月 12 日（木）	医療機関に必要書類の送付
	9 月 20 日（金）	対象者に予診票等を送付 （インフルエンザ予防接種と新型コロナウイルス感染症予防接種の予診票等を同時に送付）
	10 月 1 日（火）	インフルエンザ予防接種と新型コロナウイルス感染症予防接種 開始
	11 月 15 日（金）	10 月実施分請求締切
	12 月 10 日（火）	11 月実施分請求締切
令和 7 年	1 月 15 日（水）	12 月実施分請求締切
	1 月 31 日（金）	インフルエンザ予防接種と新型コロナウイルス感染症予防接種 終了
	2 月 14 日（金）	1 月実施分請求締切

		インフルエンザ予防接種		新型コロナウイルス予防接種	
		定期接種(65歳以上)	[参考]任意接種(助成制度)	定期接種(65歳以上)	[参考]任意接種(助成制度)
米子市	生活保護	0円		0円	
	非課税	600円		700円	
	課税	1,200円		2,100円	
境港市	生活保護	0円	一部2,000円助成 [対象]①生後6か月～就学前乳幼児②就学後～60歳未満で心臓機能障 がいⅠ級・腎臓機能障がいⅠ級・ヒト免疫不全による免疫不全障がいのい ずれかに該当する者③妊婦④産婦	0円	
	非課税	0円		0円	
	課税	1,200円		2,100円	
日南町	生活保護	0円	一部全額助成 [対象]①18歳以下の者②19歳～64歳で生活保護世帯の者	0円	
	非課税	1,000円		1,000円	
	課税	1,000円		1,000円	
日野町	生活保護	0円	一部全額助成 [対象]生活保護世帯 一部個人負担500円 [対象]18歳以下の者 一部個人負担1,000円 [対象]19歳～64歳の者	0円	
	非課税	1,000円		2,000円	
	課税	1,000円		2,000円	
江府町	生活保護	0円	一部全額助成 [対象]生活保護世帯 一部個人負担200円 [対象]15歳以下の者 一部個人負担400円 [対象]16歳～18歳の者 一部個人負担2,000円 [対象]19歳～64歳の非課税世帯の者	0円	
	非課税	1,000円		2,000円	
	課税	1,000円		2,000円	
日吉津村	生活保護	0円	一部全額助成 [対象]生活保護世帯 一部1,000円助成 [対象]①18歳以下の者②妊婦	0円	
	非課税	0円		1,000円	
	課税	1,000円		2,000円	
大山町	生活保護	0円	一部全額助成 [対象]生活保護世帯 一部2,000円助成 [対象]①18歳以下の者②妊婦	0円	
	非課税	1,000円		2,000円	
	課税	1,000円		2,000円	
南部町	生活保護	0円	一部全額助成 [対象]生活保護世帯 一部1,000円助成 [対象]①18歳以下の者②妊婦	0円	
	非課税	0円		1,000円	
	課税	1,000円		2,000円	
伯耆町	生活保護	0円	一部全額助成 [対象]生活保護世帯 一部1,000円助成 [対象]①64歳以下の者②妊婦	0円	
	非課税	1,000円		3,690円	
	課税	1,000円		3,690円	