

令和 3 年度版

23価肺炎球菌ワクチン 接種の手引

<個別契約協力医療機関用>

横浜市健康福祉局

◆◆ 目次 ◆◆

はじめに	3
I 実施方法	
1 事業概要等	3
2 成人用肺炎球菌ワクチン予防接種との関係	4
3 横浜市23価肺炎球菌ワクチン接種助成事業実施体制(概略図)	6
4 対象者への送付物	7
5 予診と接種の実施	7
6 助成費の請求及び支払方法	9
7 ワクチンによる副反応と発生時の対応	9
8 医療機関において変更等が生じた場合	10
9 契約更新について	10
II 接種を希望される方からよくある問い合わせ	11
Q 1 13価肺炎球菌ワクチン(小児用ワクチン。販売名:プレベナー®水性懸濁注)を接種する場合、クーポン券を利用することはできますか。	
Q 2 2年前に全額自己負担で同ワクチンの接種を受けましたが、すぐに受けるべきですか。	
Q 3 このクーポン券を利用すると自己負担はいくらになりますか。	
Q 4 自分を含め、世帯全員が市民税非課税です。接種費用の自己負担分は免除されますか。	
Q 5 身体障害者手帳の再判定時に医師から「病気がよくなったので、手帳の対象にはならない」と言われその後更新していません。クーポン券を利用して接種を受けられますか。	
Q 6 かかりつけの病院が市外にあります。担当医に相談し、そちらの病院でワクチン接種を受けようと思いますが、クーポン券を利用して接種を受けられますか。	
Q 7 クーポン券と定期接種の予診票が手元にあるのですが、両方使用できますか。	
III 横浜市 23 価肺炎球菌ワクチン接種助成事業実施要綱	12
・ 横浜市 23 価肺炎球菌ワクチン接種助成クーポン券(第1号様式)	16
・ 横浜市 23 価肺炎球菌ワクチン接種助成費請求書(第2号様式)	17
・ 横浜市 23 価肺炎球菌ワクチン接種特例助成申請書(第3号様式)	18
・ 横浜市23価肺炎球菌ワクチン接種クーポン券再交付申請書(第4号様式)	19
IV 参考資料	
1 身体障害者手帳	20
2 関係機関連絡先	21
3 法人代表者等変更届	22
4 口座振替依頼書(助成費請求用)	23

はじめに

このたびは、横浜市23価肺炎球菌ワクチン接種助成事業に御賛同いただきありがとうございます。

本事業は、予防接種法に基づく成人用肺炎球菌ワクチン予防接種の対象には該当しませんが、肺炎球菌に罹患した場合に特にリスクが高いとされている内部機能に障害がある方に対し、接種費用の一部を助成するため、クーポン券を交付する横浜市独自の事業で、自費で肺炎球菌ワクチンを接種した場合に本市が3,000円を助成するものです。

今後とも、本市の健康福祉行政に御理解と御協力をくださいますようお願い申し上げます。

I 実施方法

1 事業概要等

(1) 事業開始時期

平成22年10月1日

※毎年、10月1日を基準日として、新たに下記(2)の対象者要件を満たす方にクーポン券をお送りしています。クーポン券交付日前に実施した接種については、公費助成の対象にはなりません。

(2) 対象者

ワクチン接種を受ける時点で、市内に住所を有する、以下のア又はイの方

ア	満5歳以上60歳未満で、身体障害者手帳を所持していて、 心臓、じん臓、呼吸器、ぼうこう若しくは直腸、小腸、ヒト免疫不全ウイルスによる免疫又は肝臓のいずれかの機能の障害に該当する方
イ	満60歳以上65歳未満で、身体障害者手帳を所持していて、 (ア) ぼうこう若しくは直腸、小腸又は肝臓のいずれかの機能の障害に該当する者 (イ) 心臓、じん臓、呼吸器又はヒト免疫不全ウイルスによる免疫のいずれかの機能の障害に該当する方のうち、2級から4級までに該当する方

※本制度の対象にならない方

- ① ワクチン接種を受ける時点で、市外に転居された方
- ② ワクチン接種を受ける時点で、上表のアイいずれの条件も満たしていない方
- ③ 脾臓摘出患者の方（保険給付対象のため）
- ④ 公害医療手帳の交付を受けている公害被認定患者の方（公害診療報酬対象のため）

(3) 助成費用

3,000円

※接種対象者へは横浜市23価肺炎球菌ワクチン接種助成クーポン券（以下「クーポン券」）を交付（郵送）します。

※接種の際は、クーポン券の提出及び身体障害者手帳で対象者であることを確認してください。

※接種費用総額は、横浜市 23 価肺炎球菌ワクチン接種助成事業協力医療機関（以下「協力医療機関」）が独自に設定し、その費用総額から 3,000 円を控除した額を接種対象者へ請求してください。

予診票及び領収書については、各協力医療機関独自のもので対応してください。

（４） 使用ワクチン等

使用ワクチン	接種方法	接種量
23 価肺炎球菌莢膜ポリサッカライドワクチン (販売名：ニューモバックス®NP 又はニューモバックス®NP シリンジ) 0.5ml バイアル	1 人 1 回 筋肉内又は皮下に注射	0.5ml

（５） 被接種者の意思確認

23 価肺炎球菌ワクチン接種は任意接種ですので、被接種者本人が接種を希望することを確認してから接種をしてください。被接種者本人の意思確認が困難な場合は、家族、かかりつけ医、日ごろ介護を行っている方等の協力により被接種者本人の意思確認を行い、接種を希望していると認められる場合に接種を行ってください。

2. 成人用肺炎球菌ワクチン予防接種との関係について

類似の事業で、成人用肺炎球菌ワクチン予防接種事業があります。こちらは予防接種法に基づく法定の予防接種になり、対象者や助成の内容が異なります。

成人用肺炎球菌ワクチン予防接種の対象者には毎年 7 月に横浜市から成人用肺炎球菌ワクチン予防接種予診票（以下、「予診票」と呼びます。）が本人あてに送付されます。

成人用肺炎球菌ワクチン予防接種との関係については、以下の表のとおりです。対象者が複雑となっておりますので、恐縮ですが、医療機関において取り扱う際の参考にしてください。なお、使用するワクチンは、成人用肺炎球菌ワクチン予防接種（予診票個別送付）、任意接種（クーポン券個別送付）とも同じ、23 価肺炎球菌莢膜ポリサッカライドワクチン（製品名：ニューモバックス®NP (MSD)）です。

	①クーポン券を持参した方（所定の予診票なし）	②予診票を持参した方	③クーポン券も予診票もない方
法定／任意の別	障害自立支援課が所管する <u>任意接種</u> （本手引に該当）	健康安全課が所管する <u>法定の予防接種</u>	<u>任意接種</u>
医療機関の窓口での請求額	<u>各医療機関が定める接種費用から 3,000 円（クーポン</u>	<u>3,000 円（一律）</u> （残額は公費負担）	全額自己負担

	クーポン券分)を差し引いた額 (3,000円は公費負担)		
自己負担額の 免除	なし	あり (非課税世帯、生活保護受 給者世帯等は無料＝全額 公費負担)	なし
ワクチンの発注	自費	公費	自費
対象年齢	対象者 (P3) のとおり	65 歳以上 (60～64 歳の対 象者も一部あり)	なし
身体障害者手帳	内部機能障害の方に限る	要件なし (60～64 歳の内部 機能障害 1 級の一部)	要件なし

※クーポン券又は予診票は、それぞれの所管課から対象者に送付します。

60～64歳の定期接種対象の障害がある方や転入・紛失等をした方の予診票については、各区福祉保健課健康づくり係で交付します。

【クーポン券と予診票の併用禁止について】

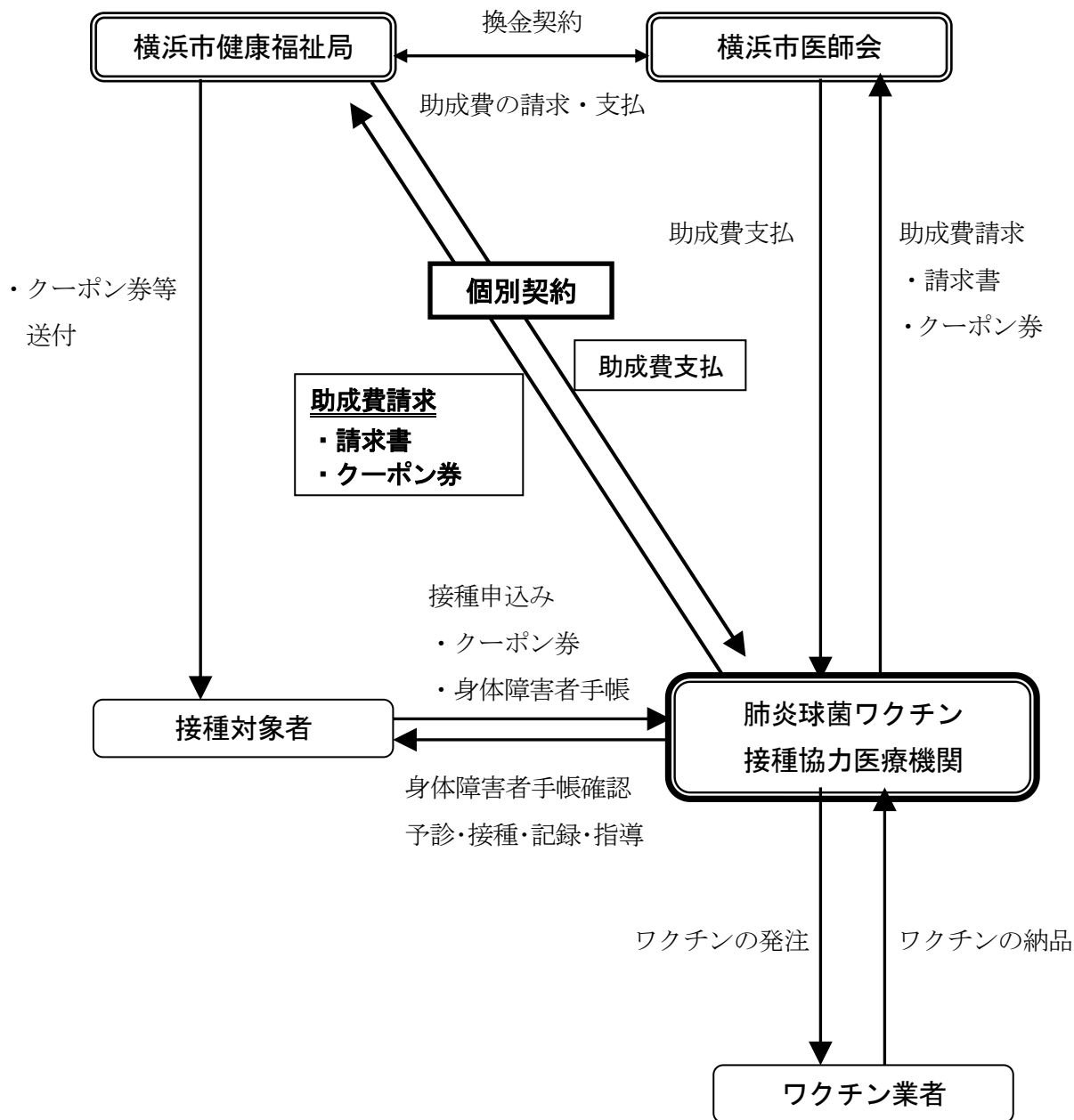
クーポン券が送付された方で、成人用肺炎球菌ワクチン予防接種の対象にもなる場合であっても、クーポン券と予診票の双方を使用することはできません。

また、クーポン券を使用した場合、今後、成人用肺炎球菌ワクチン予防接種の対象になったときに、既に23価肺炎球菌ワクチンの接種を受けたことがある方は、成人用肺炎球菌ワクチン予防接種の対象外になり、公費助成は受けられません。

成人用肺炎球菌ワクチン予防接種は、予防接種法に基づく接種であり、自己負担額はクーポン券使用時に比べ少なくなっています。接種を希望される場合は、予診票を使用して接種することをお勧めください。

接種の時期などについて御相談の上、十分に納得を得てから接種するよう、併せてご案内をお願いします。

3 横浜市 23 価肺炎球菌ワクチン接種助成事業 実施体制（概略図）



※ ワクチンの発注については各協力医療機関にて行ってください。

※ 接種対象者へは、事前に各協力医療機関に確認及び予約をするよう案内しています。

4 対象者への送付物

- (ア) 23 価肺炎球菌ワクチン接種【任意接種】費用助成（クーポン券）のご案内
（本制度の事業概要等の案内ちらし）
- (イ) 成人用肺炎球菌ワクチン予防接種について
- (ウ) 3,000 円クーポン券（送付物の一番上の宛名紙の下部に付いています。）
- (エ) ワクチンに関する 3 つ折りパンフレット
- (オ) 肺炎球菌ワクチン接種済カード（接種済確認用の 2 つ折り名刺大カード）

接種時に持参するもの

- ① クーポン券 ② 身体障害者手帳 ③ 接種済カード

※③については必須ではありません。

5 予診と接種の実施

(1) 予診

- ア **法定の接種ではありませんので、予診票は各医療機関のものを使用してください（助成費請求時の提出は不要）。**
- イ クーポン券の提出及び身体障害者手帳の提示を受け、住所・氏名等の本人確認を行ってください。また、対象者であることを確認してください。（3 P 参照）
- ウ 予診を行うに当たっては、接種対象者が送付した案内等を読み、予防接種の必要性、有用性、副反応について説明を行ってください。
- エ 下記の接種不適合者あるいは接種要注意者に該当しないか、更に接種対象者の健康状態を把握するために、問診、検温、視診及び聴診等の診察を行ってください。

接種不適合者

接種を受けることが適当でない者を指し、次の項目のいずれかに該当する者については、接種を行わないでください。

- ・ 明らかな発熱（37.5 度以上）を呈している方
- ・ 重篤な急性疾患にかかっていることが明らかな方
- ・ 23 価肺炎球菌ワクチンの成分によって、アナフィラキシーショック^(※)を起こしたことがある方（※アナフィラキシーショック：通常、接種後約 30 分以内に起こる激しいアレルギー反応のこと）
- ・ その他、医師が不適合な状態と判断した方

認知症状等があつて、最終的にご本人の意思確認ができなかった場合には、接種を受けることはできません。

接種要注意者

接種の判断を行うに際し、注意を要する者を指し、次の項目のいずれかに該当する者については、接種対象者の健康状態及び体質を勘案し、注意して接種を行ってください。

- ・ 心臓血管系疾患、じん臓疾患、肝臓疾患、血液疾患等の基礎疾患がある方
- ・ これまでに予防接種で、接種後 2 日以内に発熱のみられた方及び全身性発しんなどのアレルギーを疑う症状を呈したことがある方

- ・過去にけいれんの既往のある方
- ・過去に免疫不全と診断された方及び近親者に先天性免疫不全症の方がいる方
- ・23 価肺炎球菌ワクチンの成分に対してアレルギーを呈するおそれのある方

※ 過去5年以内に多価肺炎球菌莢膜ポリサッカライドワクチンを接種したことがある場合、ワクチン接種によって注射部位の疼痛、熱感、腫脹、発赤などの副反応が初回接種よりも頻度が高く、程度が強く発現すると報告されています。ワクチン接種に当たっては、再接種の必要性を慎重に考慮した上で、前回接種から十分な間隔を確保して行ってください。

オ 助成対象者は内部機能障害者であり、前項の接種要注意者に該当する可能性が高いことが想定されますので、十分な予診の上で接種の判断を行ってください。

カ 接種医がかかりつけ医でない場合には、必要に応じてかかりつけ医と連携を図るなどの配慮をお願いします。

(2) 接種

接種前に再度、接種対象者とワクチンの種類を確認した上で接種を行ってください。

(3) 再接種

医師の判断に基づき、概ね5年以上の間隔を空けて2回目以降の接種を希望する対象者から申請があった場合に横浜市健康福祉局障害自立支援課においてクーポン券の再交付をします。再接種の相談があった際には、接種の必要性等について御検討をお願いします。

(4) 接種後の処理

ア 接種対象者から提出されたクーポン券は、接種年月日欄の該当年月に○印を付し（日付印でも可）、医療機関名や住所等の必要事項を記入してください。

イ 次の(ア)～(ウ)のワクチン接種後の注意事項について、被接種者に説明を行ってください。

(ア) 副反応が起こることがあるため体調には注意し、接種部位の異常反応や体調の変化、らに高熱、けいれん等の異常な症状を呈した場合には速やかに医師の診察を受ける。

(イ) 接種当日の入浴は差し支えないが接種部位を強くこすらないようにする。

(ウ) 接種当日は激しい運動や大量の飲酒を避ける。

ウ 被接種者に説明をする際には、次回接種の際には十分な間隔（概ね5年程度）を確保して受けるよう説明してください。

※対象者にはクーポン券等とともに「肺炎球菌ワクチン接種済カード」を送付しています。

カードに必要事項を記入し、身体障害者手帳に挟むなどして、いつ接種を受けたのかが分かるようにしておくようご案内しています。

6 ワクチンによる副反応と発生時の対応

(1) ワクチンによる副反応

接種部位の疼痛、熱感、腫脹、発赤などが主な副反応です。その他、筋肉痛、倦怠感、悪寒、頭痛、発熱、腋窩痛、そう痒感、じんましん、関節痛、重大な副反応として、アナフィラキシー様反応、血小板減少、知覚異常やギランバレー症候群等の急性神経根障害、蜂巣炎・蜂巣炎様反応などの報告があります。

(2) 副反応発生時の対応

- ア 接種医は、被接種者から接種後の副反応の相談や連絡を受けたときは、必要な指導又は処置を行ってください。
- イ 23 価肺炎球菌ワクチン接種は任意接種ですので、このワクチン接種に関する副反応及び健康被害の発生に関しては、横浜市では一切の責任を負いません。
- ウ 入院が必要な程度の疾病や障害などの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に基づく救済措置（「医薬品副作用被害救済制度」）を受けられる可能性があります。この場合は、健康被害を受けた方又はその家族が必要な書類を揃えた上で、直接、独立行政法人 医薬品医療機器総合機構（P21 参照）に請求することになります。

7 助成費の請求及び支払方法

(1) 助成費

接種費用総額から控除した 3,000 円を横浜市からお支払いします。

(2) 請求手順

助成費の請求から支払いまでの手順は次のとおりです（P6 参照）。

ア 請求書の作成

月ごとに横浜市 23 価肺炎球菌ワクチン接種助成費請求書※（第 2 号様式（P17 参照）以下「請求書」）を作成し、請求件数分の必要事項を記入したクーポン券とともに、翌月 20 日までに横浜市健康福祉局障害自立支援課（P21 参照）へ送付してください。

※請求書の請求印は、必ず契約書印と同じものを押印してください。

イ 助成費支払

横浜市健康福祉局障害自立支援課は、各協力医療機関からの請求内容を審査した上で、助成費支払いの手続を行います。

※請求書の受理からお支払いまで約 1 か月かかりますのでご了承ください。

※請求書は横浜市のホームページからダウンロードができます。

<https://www.city.yokohama.lg.jp/kurashi/fukushi-kaigo/fukushi/annai/seido/iryo-kyuhu-josei/haien.htm>

8 医療機関において変更等が生じた場合について

横浜市 23 価肺炎球菌ワクチン接種助成事業は、協力医療機関と横浜市との契約により成立しています。

医療機関において、代表者や名称、所在地の変更があった場合、また、指定していただいた振込先口座に変更があった場合には、横浜市への届出が必要になります。

変更後は、速やかに届出をお願いします。

(1) 法人代表者等変更届 (P22 参照)

代表者、印鑑、所在地、名称等に変更があった場合、変更箇所を記入のうえ届出をお願いします。

(2) 口座振替払依頼書 (委任状) (P23・25 参照)

助成費の振込先口座が変更になった場合、届出をお願いします。

また、代表者 (院長) と口座名義人が異なる (理事長名など) 場合には、裏面の委任状が必要になります。

※ 法人代表者が変更になった場合は、必ず (1) 法人代表者等変更届と (2) 口座振替払依頼書 (委任状) を提出してください。

(3) 届出先

横浜市健康福祉局障害自立支援課あて (P21 参照)

9 契約更新について

本契約は、契約締結後、横浜市または契約していただいている医療機関から特段の申し出がない限り、自動的に継続されます (横浜市 23 価肺炎球菌ワクチン接種助成事業実施契約約款第 8 条)。

ただし、閉院や休院、ワクチン接種を実施していた診療科の閉鎖等により、本事業の継続実施が困難な場合には、横浜市に契約更新を行わない旨を届け出ていただくことで、契約を解除することが可能です。

契約継続の更新は、契約の有効期間満了日の翌日に行われます。万が一、**解約をする場合には、満了日の 1 か月前までに届け出**を行ってください。

【参考】 横浜市23価肺炎球菌ワクチン接種助成事業実施契約約款 (抜粋)

(契約期間及び更新)

第 8 条 この契約の有効期間は、平成〇年〇月〇日から平成×年×月×日までとする。ただし、有効期間満了の 1 か月前までに、甲乙いずれか一方から特段の意思表示がなされないときは、その後 1 年間引き続きその効力を有するものとし、以後同様とする。

II 接種を希望される方からよくある問い合わせ

対象者から問い合わせがあった場合の参考にしてください。

Q 1 13価肺炎球菌ワクチン（小児用ワクチン。販売名：プレベナー13®水性懸濁注）を接種する場合、クーポン券を利用することはできますか。

A 1 利用できません。対象になるのは23価肺炎球菌ワクチン（（販売名：ニューモバックス®NP又はニューモバックス®NP シリンジ）のみです。なお、両方のワクチン接種を検討している場合、13価肺炎球菌ワクチンと23価肺炎球菌ワクチンとの接種間隔については、かかりつけ医にご相談ください。

Q 2 2年前に全額自己負担で同ワクチンの接種を受けましたが、すぐに受けるべきですか。

A 2 過去5年以内に23価肺炎球菌ワクチンの接種をしたことのある方が再接種を受けると接種部位の痛みなど、副反応が強く出る可能性がありますので、前回接種から十分な間隔を空けてください。

Q 3 このクーポン券を利用すると自己負担はいくらになりますか。

A 3 保険診療対象のワクチンではありませんので、各協力医療機関によって接種費用の総額は異なります。このクーポン券は、接種を受けた医療機関に接種費用を支払う際に3,000円を差引くものです。費用については事前に協力医療機関にご確認ください。

Q 4 自分を含め、世帯全員が市民税非課税です。接種費用の自己負担分は免除されますか

A 4 免除されません。成人用肺炎球菌ワクチン予防接種と異なり、ご本人を含めた世帯全員が市民税非課税の方、生活保護を受けている方又は中国残留邦人等の方で支援給付を受けている方であっても、医療機関の窓口で自己負担分をお支払いいただくこととなります。

Q 5 身体障害者手帳の再判定時に医師から「病気がよくなったので、手帳の対象にならない」と言われその後更新していません。クーポン券を利用して接種を受けられますか。

A 5 利用できません。この制度は、身体障害者を対象にしています（P1「1 対象者」を参照）。クーポン券を持っていても、肺炎球菌ワクチンを接種する時点で身体障害者手帳の要件を満たしていない場合は、対象外になります。

Q 6 かかりつけの病院が市外にあります。担当医に相談し、そちらの病院でワクチン接種を受けようと思いますが、クーポン券を利用して接種を受けられますか。

A 6 クーポン券は横浜市内の協力医療機関でのみご利用いただくことができます。ただし、市外の医療機関で接種した場合と、協力医療機関で接種した際にクーポン券を忘れてしまった場合には、窓口で全額お支払いいただいた後、ご本人から横浜市に助成費を直接請求することができます（市内でも協力医療機関でない場合は請求できません）。詳しくは、健康福祉局障害自立支援課にお問い合わせください。

Q 7 クーポン券と定期接種の予診票が手元にあるのですが、両方使用できますか。

A 7 クーポン券をお持ちの方で、成人用肺炎球菌ワクチン予防接種の対象にもなる場合、このクーポン券と成人用肺炎球菌ワクチン予防接種予診票の双方を使用することはできません。成人用肺炎球菌ワクチン予防接種は、予防接種法に基づく接種であり、自己負担額はクーポン券使用時に比べ少なくなっています。接種を希望される場合は、予診票を使用して接種していただくことをお勧めします。

Ⅲ 横浜市23価肺炎球菌ワクチン接種助成事業実施要綱

制 定 平成22年8月20日 健障福 第1040号（局長決裁）

最近改正 令和3年3月1日 健障自 第3488号（局長決裁）

（目的）

第1条 この要綱は、内部機能障害者に対し、その者が接種する23価の肺炎球菌ワクチンの接種費用の一部を助成することにより、肺炎に罹患した場合の重症化や死亡を防ぐことを目的とする。

（対象者）

第2条 この要綱により助成の対象となる者（以下「対象者」という。）は、毎年10月1日を基準日として、次に掲げる第1号かつ第2号又は第3号かつ第4号に該当する者とする。ただし、脾臓摘出患者又は公害医療手帳の交付を受けている公害被認定患者を除く。

- (1) 横浜市内に住所を有する、満5歳以上60歳未満の者
- (2) 身体障害者福祉法（昭和24年法律第283号。以下「法」という。）第15条第4項の規定により身体障害者手帳の交付を受けた者で、かつ、障害の程度が身体障害者福祉法施行規則（昭和25年厚生省令第15号。以下「省令」という。）別表第5号身体障害者障害程度等級表（以下「別表」という。）に定める心臓、じん臓、呼吸器、ぼうこう若しくは直腸、小腸、ヒト免疫不全ウイルスによる免疫又は肝臓のいずれかの機能の障害に該当する者
- (3) 横浜市内に住所を有する、満60歳以上65歳未満の者
- (4) 法第15条第4項の規定により身体障害者手帳の交付を受けた者で、かつ、省令の別表に定めるぼうこう若しくは直腸、小腸又は肝臓のいずれかの機能の障害に該当する者及び、心臓、じん臓、呼吸器又はヒト免疫不全ウイルスによる免疫のいずれかの機能の障害に該当する者のうち、2級から4級までに該当する者

（クーポン券の交付）

第3条 市長は、毎年10月1日を基準日として、新たに対象者になった者に対し、横浜市23価肺炎球菌ワクチン接種助成クーポン券（第1号様式。以下「クーポン券」という。）を交付する。また、医師の判断に基づき、概ね5年以上の間隔を空けて2回目以降の接種を希望する対象者から申請があった場合にクーポン券を交付する。

（クーポン券の有効期間）

第4条 クーポン券の有効期間は、交付した月の属する年度の10月1日から平成27年9月30日までとし、その後は平成27年10月1日から起算して2年間ごとに有効期間を設定するものとする。

（助成額）

第5条 助成額は、3,000円とする。

(利用できる医療機関)

第6条 クーポン券を利用することができる横浜市23価肺炎球菌ワクチン接種助成事業協力医療機関（以下「協力医療機関」という。）は次のとおりとする。

- (1) 一般社団法人横浜市医師会（以下「市医師会」という。）に加盟する医療機関のうち、協力医療機関となることを申し出たもの
- (2) その他の医療機関であって、別に市長が認めたもの

2 協力医療機関は、対象者から接種及びクーポン券利用の申込みがあったときは、正当な理由なくして接種及びクーポン券の利用を拒んではならない。

(接種手続)

第7条 対象者であって接種を受けようとする者は、クーポン券及び身体障害者手帳を持参し、協力医療機関に接種申込みを行うものとする。ただし、第2条第1項第1号かつ第2号又は第3号かつ第4号に該当しない場合は、その時点からクーポン券を利用することはできない。

2 協力医療機関は、対象者に対しクーポン券及び身体障害者手帳の提示を求め、対象者であること及び直近の概ね5年以内に当該ワクチンの接種を受けていないことを確認した上で接種を行うものとする。なお、予防接種法（昭和23年法第68号）第5条第1項に規定する定期接種の対象者については、定期の接種を勧奨するものとする。

(代理受領)

第8条 助成は、クーポン券を利用してワクチン接種を行った協力医療機関に支払うことにより行う。クーポン券を利用した対象者は、当該協力医療機関への代理受領を承諾したものとみなす。

(負担額)

第9条 対象者であって**接種を受ける者が接種費用として協力医療機関に支払う額は、当該協力医療機関が定める接種費用から助成額3,000円を差し引いた差額**とする。

(助成額の請求)

第10条 協力医療機関は、毎月定められた期日までに、前月行った接種費用のうち助成額分について市長に請求するものとする。

- (1) 市医師会に加盟する協力医療機関は、横浜市23価肺炎球菌ワクチン接種助成費請求書（第2号様式。以下「請求書」という。）を使用し、クーポン券を添付した上で、毎月10日までに市医師会に提出する。市医師会は、各協力医療機関から提出された請求書及びクーポン券を取りまとめの上、当月末日までに市長に請求する。

- (2) 第6条第1項第2号に該当する者であって、本市と契約を締結した協力医療機関は、請求書にクーポン券を添付した上で、毎月20日までに市長に請求する。

2 市長は、前項に規定する費用請求について審査を行うものとする。その場合、必要に応じて協力医療機関から資料等の提出を求めることができる。

(助成の特例)

第11条 第6条から第10条までの規定にかかわらず、対象者が市外医療機関等でワクチンの接種を受け、あるいは協力医療機関でクーポン券を利用せずにワクチン接種を受け、当該医療機関に接種費用を全額自己負担で支払った場合で、当該接種がやむを得ないものと市長が認めるときは、当該対象者に対し助成金を交付するものとする。

2 前項による対象者は、横浜市23価肺炎球菌ワクチン接種特例助成申請書（第3号様式）に、クーポン券及び当該医療機関が発行した予防接種を受けたことを示す領収書等を添付した上で、市長へ提出するものとする。

3 市長は、前項の書類の審査及び関係機関への照会により、助成が適正であると認めるときは、前項の申請に基づき、助成金を交付するものとする。

(クーポン券再交付)

第12条 第3条の規定により交付したクーポン券について、紛失、破損、汚損、有効期限切れ又は再接種の理由により再交付を希望する対象者は、横浜市23価肺炎球菌ワクチン接種クーポン券再交付申請書（第4号様式）に、身体障害者手帳の写しを添付した上で、市長に提出しなければならない。

2 市長は、前項の書類の審査により適正な申請であると認めるときは、当該対象者に対しクーポン券を再交付するものとする。

(接種間隔の管理)

第13条 対象者であって再接種を受けようとする者は、医師の判断に基づき再接種の必要性を慎重に考慮した上で、前回接種から十分な間隔を空けるものとする。

2 協力医療機関は、適切な接種間隔について、必要に応じて対象者からの相談に応じ、また指導を行うものとする。

(副反応発生時の対応)

第14条 協力医療機関は、対象者であって接種を受けた者から接種後の副反応の相談や連絡を受けたときは、必要な指導又は処置を行うものとする。

2 市長は、接種後の副反応及び健康被害の発生に対して一切の責任を負わないものとする。

(不正行為に対する交付の停止等)

第15条 市長は、偽りその他の不正な手段によりクーポン券の交付を受けた者がいるとき、又はクーポン券を不正に使用した者がいるときは、クーポン券及び不正使用額の返還を命じ、又は以後の交付を停止することができる。

(委任)

第16条 この要綱に定めるもののほか、必要な事項は健康福祉局長が別に定める。

附 則

この要綱は、平成22年10月1日から施行する。

附 則

この要綱は、平成23年10月1日から施行する。

附 則

この要綱は、平成25年4月1日から施行する。

附 則

この要綱は、平成26年10月1日から施行する。

附 則

この要綱は、平成29年10月1日から施行する。

附 則

この要綱は、平成30年10月1日から施行する。

附 則

この要綱は、令和2年4月1日から施行する。

附 則

この要綱は、令和3年3月1日から施行する。

23 価肺炎球菌ワクチン接種 3,000 円クーポン券

交付年月日 年 月 日
(有効期限: 年 月 日)

接種年月日 (該当年・月に○印を付してください)

〇〇年

1月 2月 3月 4月 5月 6月 7月 8月 9月 10月 11月 12月

ご利用者様、医療機関各位
5年以内に23 価肺炎球菌ワクチンを接種していないことを確認した上で、接種してください。

横浜市

横浜
市印

【ご利用者の方へ】

- 使用済のクーポン券は使用できません。
- このクーポン券の売買、第三者への譲渡はできません。
- このクーポン券の記載内容が修正された場合は、使用できません。
- 本人がクーポン券利用の条件を満たさなかった場合は、使用できません。
- クーポン券の使用に関する問合せ：
健康福祉局障害自立支援課
TEL 045- - FAX -

【協力医療機関の方へ】

- このクーポン券を使用する場合は、利用者へ接種費用から助成額3,000円を差し引いた差額を請求し、横浜市への請求の際には請求書に使用済のクーポン券を添付してください。
- このクーポン券を使用する場合は、身体障害者手帳で本人確認を行ってください。

【医療機関記入欄】

機関名
住 所
代表者

横浜市 23 価肺炎球菌ワクチン接種助成費請求書

年 月 日

横浜市 長

所在地

名称

電話番号

代表者氏名 _____ ㊞

年 月分の肺炎球菌ワクチン接種助成費を次のとおり請求します。

_____ 円 ※左記のみ金額訂正不可

助成費請求内訳

総接種人数	助成費単価	請求額
人	3,000 円	円

※請求額は総接種人数×3,000 円

※必ず接種人数分の肺炎球菌ワクチン接種助成クーポン券を添付してください。

横浜市 23 価肺炎球菌ワクチン接種特例助成申請書

年 月 日

(申請先)

横浜市 長

申請者氏名 _____ ⑩

(18歳未満の場合は保護者名)

連絡先電話番号 _____ ()

横浜市 23 価肺炎球菌ワクチン接種助成クーポン券による特例助成を受けたいので申請します。

助成対象者	住所			
	氏名		性別	生年月日
			男・女	年 月 日
	身体障害者手帳	番号	障害種別・等級	
第 号		(心臓・じん臓・呼吸器・ぼうこう又は直腸・ 小腸・HIVによる免疫・肝臓) 機能障害 _____ 級		
接種日	年 月 日			
接種医療機関	住所			
	医療機関名			
振込先	金融機関名	銀行 信用金庫		
	支店名	支店出張所	種別	普通・当座
	口座番号			
	フリカ`ナ			
	口座名義人			

※振込先の口座名義人は、助成対象者になります。

ただし、助成対象者が 18 歳未満の場合は保護者の口座を振込先にすることはできますが、委任状が必要になります。

横浜市 23 価肺炎球菌ワクチン接種助成クーポン券再交付申請書

年 月 日

(申請先)

横浜市 長

申請者氏名 _____

(18歳未満の場合は保護者名)

連絡先電話番号 _____ () _____

横浜市 23 価肺炎球菌ワクチン接種助成クーポン券の再交付を受けたいので申請します。

助 成 対 象 者	住所			
	氏名		性別	生年月日
			男 ・ 女	年 月 日
	身体障害者手帳	番 号	障 害 種 別 ・ 等 級	
第 号		(心臓・じん臓・呼吸器・ぼうこう又は直腸・小腸・HIVによる免疫・肝臓)	機能障害 ____級	
過去の接種状況	過去、5年以内に23価肺炎球菌ワクチンを接種していますか。 (該当する方に、○をしてください) はい ・ いいえ ※「はい」の場合、原則、クーポン券を再交付することができません。			
再交付申請理由 ※紛失等又は再接種の該当する箇所に記入してください。	紛失等	紛失 ・ 盗難 ・ 破損 ・ 汚損 ・ 有効期限切れ その他 (具体的に: _____)		
	再接種	前回接種年月日 (_____ 年 _____ 月 _____ 日 接種)		

※必ず身体障害者手帳の写しを添付してください。

IV 参考資料

1 身体障害者手帳

① 次のいずれかの障害名が記載されていることを確認してください。

- 心臓機能障害
- じん臓機能障害
- 呼吸器機能障害
- ぼうこう又は直腸機能障害
- 小腸機能障害
- ヒト免疫不全ウイルスによる免疫機能障害
- 肝臓機能障害

② クーポン券記載の氏名と一致しているかを確認してください。

③ 生年月日により、満5歳以上であることを確認してください。

身体障害者手帳

横浜市第 号
年 月 日交付

(顔写真)

身体障害者等級表
による級別

級

旅客鉄道株式会社
旅客運賃減免額
第 種身体障害者

氏名 ②

③ 年 月 日生

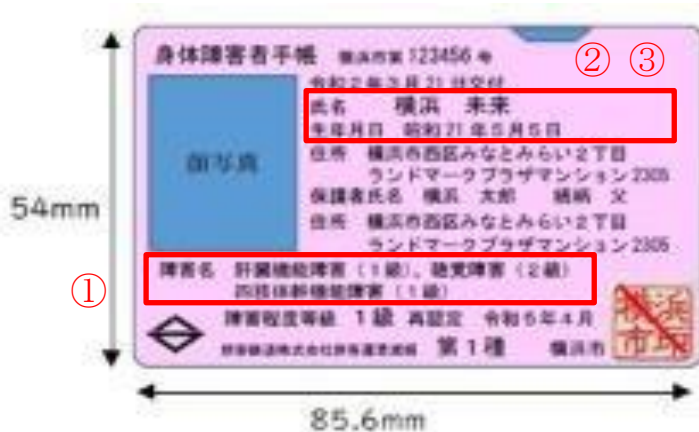
横浜
市印

本人の欄

現住所 〒	福祉事務所長印 又は市町村長印
電話 (自宅)	
現住所 (変更日 年 月 日)	
現住所 (変更日 年 月 日)	
現住所 (変更日 年 月 日)	

障害名 〇〇障害 ① 【 】級 ←
職業又は教育
再交付欄

(カード様式の身体障害手帳)



【備考】

2 関係機関連絡先

(1) 横浜市健康福祉局 障害自立支援課（任意接種 所管課）

名称	所在地	電話	F A X
横浜市健康福祉局 障害自立支援課	〒231-0005 中区本町六丁目 50 番地の 10	671-3891	671-3566

※ 横浜市健康福祉局ホームページに 23 価肺炎球菌ワクチン接種助成事業について掲載しています。

URL:<https://www.city.yokohama.lg.jp/kurashi/fukushi-kaigo/fukushi/annai/seido/iryo-kyuhu-josei/haien.html>

(2) 横浜市健康福祉局 健康安全課（定期接種 所管課）

成人用肺炎球菌ワクチン定期接種に関するお問合せ

名称	所在地	電話	F A X
横浜市健康福祉局 健康安全課	〒231-0005 中区本町六丁目 50 番地の 10	671-4190	664-7296

URL:<http://www.city.yokohama.lg.jp/kenko/hokenjo/genre/kansensyo/vaccination/seijinhaikyuu.html>

(3) 横浜市医師会

名称	所在地	電話	F A X
一般社団法人 横浜市医師会 保健健診課	〒231-0062 中区桜木町 1 - 1 横浜市健康福祉総合センター 3 F	680-0073	681-5763

(4) 医薬品副作用被害救済制度実施機関

名称	所在地	電話
独立行政法人 医薬品医療機器総合機 構	〒100-0013 東京都千代田区霞が関 3 - 3 - 2 新霞が関ビル	救済制度相談窓口 0120-149-931 (月)～(金)の 9:00～17:00 (祝日・年末年始を除く)

※医薬品副作用被害救済制度について

医薬品副作用被害救済制度は、独立行政法人医薬品医療機器総合機構法に基づく制度です。医薬品を正しく使用したにもかかわらず、入院を必要とする程度以上の副作用が起こった場合には、医療費、医療手当、障害年金、遺族年金等の救済給付が行なわれています。(ただし、法に基づく予防接種等は対象となりません。)

請求の方法は、副作用による健康被害を受けた本人や家族が、請求書に診断書などの必要書類を添えて「独立行政法人 医薬品医療機器総合機構」に直接行うことになっています。

法人代表者等の変更届

年 月 日

(申請先)

横浜市 長

医療機関名

医療機関住所

(肩書き)

代表者氏名

印

担当者氏名

電話番号

当法人において、次のとおり変更がありましたので、届け出ます。

1 変更期日 年 月 日

2 変更内容 ※代表者変更に併せて改印する場合は印鑑の変更もお願いします。

(1)代表者氏名 前 肩書き 氏名

後 肩書き 氏名^(ふりがな)

(2)印 鑑 前 _____ (押印できない理由) _____

※「変更前」の印鑑が押印できない場合は、理由を記載してください。

(例) 紛失のため

後 _____

※「変更後」の欄に押印した印鑑が助成費の請求書に押印する印鑑になります。

※シャチハタ印は使用できませんので御注意ください。

(3)医療機関住所連絡先 〒 TEL

前 _____

〒 TEL

後 _____

(4)その他 前 _____

(医療機関名の変更など)

後 _____

横浜市23価肺炎球菌ワクチン接種助成事業（助成費請求用）

年 月 日

横浜市長

口座振替依頼書（助成費請求用）

横浜市23価肺炎球菌ワクチン接種事業に係る助成費について、次の預金口座への振込を依頼します。

医療機関名 _____
〒 _____

医療機関住所 _____

医療機関電話番号 _____

(フリガナ)

(肩書き)

依頼人（代表者）氏名 _____ 印

(注) 必ず押印してください。

(注) 依頼人（代表者）氏名と口座名義人が異なる場合のみ、裏面委任状もご記入ください。

銀行

信用金庫

信用組合

本店・支店

金融機関コード

--	--	--	--	--

支店コード

--	--	--

- 種目 1 普通預金 2 当座預金

口座番号

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

(フリガナ)

- 口座名義人 _____

- (注意) 1 預金通帳名義と相違のないようにお願いします。
2 支店コード・預金種目・口座番号・フリガナを必ず記入してください。
3 銀行コードが不明な場合は、記入は結構です。

委 任 状

年 月 日

横浜市長

委任者

医療機関名

医療機関住所

(肩書き)

氏名

印

受任者

住所

法人等組織名

(肩書き)

氏名

印

(肩書き)

(肩書き)

委任者_____は、受任者_____を代理人と定め、
次の権限を委任します。

(肩書き)

- 1 横浜市から_____に支払われる横浜市 23 価肺炎球菌ワクチン接種助成事業に係る助成費の受領に関する一切の件

振込先

銀行

信用金庫

信用組合

本店・支店

◆ 種 目

1 普通預金

2 当座預金

◆ □ 座 番 号

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

□ 座 名 義 人 _____

見本

平成 29 年 8 月 1 日

横浜市長

口座振替依頼書（助成費請求用）

横浜市23価肺炎球菌ワクチン接種事業に係る助成費について、次の預金口座への振込を依頼します。

医療機関名 〇〇医院
〒 231-0017

医療機関住所 横浜市中区港町1丁目1番地

医療機関電話番号 671-3891

(フリガナ) ヨコハマ タロウ
(肩書き)

依頼人（代表者）氏名 院長 横浜 太郎

〇〇医院
院長印

横浜

・ 口座登録印でなくても構いません。
・ 契約書と同一の印鑑、若しくは、その後法人代表者変更をしている場合、法人代表者変更届にてお届けいただいた印鑑と同一の印鑑を押印してください。

契約書と同一の肩書き及び氏名、若しくはその後法人代表者届を提出している場合、その内

(注) 必ず押印してください。
(注) 依頼人（代表者）氏名と口座名義人が異なる場合のみ、裏面委任状もご記入ください。

〇〇 銀行 信用金庫 Δ〇〇 信用組合 本店 支店

金融機関コード

--	--	--	--

支店コード

1	2	3
---	---	---

・ 種目 1 普通預金 2 当座預金

口座番号

9	8	7	6	5	4	3
---	---	---	---	---	---	---

(フリガナ) リジチョウ フクシ ヤスコ

・ 口座名義人 理事長 福祉 康子

- (注意) 1 預金通帳名義と相違のないようにお願いします。
2 支店コード・預金種目・口座番号・フリガナを必ず記入してください。
3 銀行コードが不明な場合は、記入は結構です。

委任状

平成 29 年 8 月 1 日

横浜市長

□座振替依頼書の印鑑と同一の印鑑を押印してください。

委任者

医療機関名 〇〇医院

医療機関住所 横浜市中区港町1丁目1番地

(肩書き)

氏名 院長 横浜 太郎

印 横浜

受任者

住所 横浜市中区日本大通 18 番地

法人等組織名 (社) ●●の会

(肩書き)

氏名 理事長 福祉 康子

印 福祉

シャチハタ印不可

(肩書き)

(肩書き)

委任者 院長 横浜 太郎 は、受任者 理事長 福祉 康子 を代理人と定め、次の権限を委任します。

(肩書き)

- 1 横浜市から 院長 横浜 太郎 に支払われる横浜市 23 価肺炎球菌ワクチン接種助成事業に係る助成費の受領に関する一切の件

振込先

〇〇

銀行

信用金庫
信用組合

△〇〇

本店・支店

◆ 種 目

1 普通預金

2 当座預金

◆ □ 座 番 号

9

8

7

6

5

4

3

□ 座 名 義 人 リジチョウ フクシ ヤスコ