

北九医発第536号

令和7年6月19日

各 医 師 会 長 殿

北九州市医師会

会長 穴 井 堅 能

(公 印 省 略)

高齢者用肺炎球菌予防接種予診票の個別送付について（お知らせ）

標記の件につきまして、市保健福祉局より別紙のとおり通知がありましたので、貴会予防接種実施医療機関への周知方宜しくお願い致します。

北九保健危第 445 号
令和 7 年 6 月 9 日

公益社団法人 北九州市医師会
会長 穴井 堅能 様

北九州市保健福祉局長 武藤 朋美

高齢者用肺炎球菌予防接種予診票の個別送付について（お知らせ）

平素から本市の保健福祉行政におきましては、格別のご高配を賜り厚く御礼申し上げます。
さて、標記について、令和 7 年度の高齢者用肺炎球菌の予防接種の対象者に、下記のとおり、予診票及び接種勧奨のお知らせを送付します。
つきましては、貴会会員の予防接種実施医療機関に周知していただきますよう、お願いいたします。

記

1 送付対象者：市内にお住まいの、65 歳の方

2 送付物

- （1）高齢者用肺炎球菌ワクチン接種予診票
- （2）高齢者用肺炎球菌の予防接種のお知らせ
- （3）高齢者用肺炎球菌の予防接種について
- （4）減免確認申請書

3 送付予定

4 月・5 月生まれの方・・・・・・6 月末発送

6 月以降生まれの方・・・・・・誕生月の翌月末発送

※介護保険納入通知書の送付とおおよそ同月内にお手元に届くよう送付しております。

【問い合わせ先】

北九州市 保健福祉局 健康危機管理課 ワクチン接種担当係

担当：遠藤、上野

〒803-8501 北九州市小倉北区城内 1 - 1

TEL：093-582-2090

65歳肺炎球菌ワクチン接種予診票

下の太枠内のすべての項目について、油性ボールペン(摩擦熱で消せるペン等は使用不可)であてはまるところに記入するか、○印で囲んでください。

整理番号		診察前の体温		度	分
(ふりがな)		性別	再	検	度 分
受ける人の氏名			電 話		
生 年 月 日		☐ 60歳以上65歳未満の者であって、心臓、腎臓もしくは呼吸器の機能又はヒト免疫不全ウイルスによる免疫機能に障害を有する者(身体障害者手帳1級程度)。 該当者は手帳の写しを添付すること。			
住 所					
質 問 事 項				回 答 欄	医師記入欄
これまでに23価肺炎球菌ワクチン(ニューモバックス)の接種をしたことがありますか 接種時期(年 月)				いいえ	は い
この予診票に添付している「高齢者用肺炎球菌の予防接種について」を読みましたか				は い	いいえ
現在、何か病気にかかっていますか 病名()				いいえ	は い
治療(投薬など)を受けていますか				いいえ	は い
その病気のかかりつけ医には、今日の予防接種を受けて良いといわれましたか				は い	いいえ
免疫不全と診断されたことがありますか				いいえ	は い
今日体に具合の悪いところがありますか 具合の悪い症状を書いてください()				いいえ	は い
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 病名()				いいえ	は い
最近4週間以内に熱が出たり、病気にかかったりしましたか 病名()				いいえ	は い
最近4週間以内に家族や身近な方に、インフルエンザ、麻疹(はしか)、水痘(みずぼうそう)、おたふくかぜなどの病気の方がいましたか 病名()				いいえ	は い
薬や食品で皮膚に発疹やじんましんがでたり、体の具合が悪くなったことがありますか				いいえ	は い
ひきつけ(けいれん)をおこしたことがありますか (歳ごろ)				いいえ	は い
そのときに熱は出ましたか				いいえ	は い
今日の予防接種について何か質問がありますか()				いいえ	は い
記 医 入 欄 師	以上の問診及び診察の結果、今日の予防接種は (実施できる ・ 見合わせる)				
	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(接種期間が過ぎている場合を含む)について説明しました。		医師署名または記名押印		
医師の診察・説明を受け、予防接種の効果や目的、重篤な副反応の可能性、予防接種健康被害救済制度などについて理解したうえで、接種を希望しますか。				(希望します ・ 希望しません) どちらかを○で囲んでください	
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。このことを理解のうえ、本予診票が北九州市に提出されることに同意します。				被接種者署名 代筆者氏名 続柄() ※自署できない者は代筆者が被接種者名を署名し、代筆者の氏名及び被接種者との続柄を併せて記載	
使用ワクチン名		接種量	実施場所・医師名		接種年月日
ワクチン名		(皮下・ 筋肉内)	実施場所		年 月 日
lot No.		0.5 ml	医師名		
請求 区分	☐ 一般 ☐ 減免		所属医療機関名		
	☐ 医療機関 ☐ 高齢者福祉施設				

※請求区分は実施機関がチェックして下さい。

おもては
こちら

おもて をご覧ください。被接種者は記入しないでください。

■減免(自己負担免除)確認項目チェック欄

	確認項目	該当するものに○印を付けてください。
1	当該年度 介護保険料納入通知書 (4月1日から6月30日までは前年度分の通知書で可)	保険料段階 1 ・ 2 ・ 3
2	生活保護受給証明書 ※ (印鑑カード・医療券等を含む)	
3	「中国残留邦人等の円滑な帰国の促進及び永住帰国後の自立の支援に関する法律」に基づく本人確認証	
4	当該年度 市民税非課税世帯 (電話確認には下の同意欄へ 署名が必要です)	区役所減免確認申請(本人)
		区役所減免確認申請(施設)
		区役所電話確認
5	介護保険負担限度額認定証	
6	介護保険特定負担限度額認定証	
7	後期高齢者医療限度額適用・標準負担額減額認定証 ※ (75歳以上の方)	74歳以下で後期高齢者医療 限度額適用・標準負担額減額 認定証※を確認した場合は、 右欄に○印を付ける

※は、オンライン資格確認等システムによる確認でも可

確認年月日 年 月 日

減免確認機関名(区役所で施設入所者の減免確認を行った場合は施設名を記載)

◆◆◆ 医療機関から区役所へ減免(自己負担免除)または接種履歴の確認連絡が必要な方のみこの欄をご記入ください ◆◆◆

高齢者用肺炎球菌予防接種確認同意書
<65歳以上の方>

北九州市長 様

私は高齢者用肺炎球菌予防接種を受けるにあたり、以下の個人情報について医療機関職員が区役所に連絡し、区役所職員が調査することを同意します。

(該当する項目に☑を入れてください。)

- | | |
|--------------------------|--|
| ☐ | 減免確認要件(生活保護受給者・世帯全員が市民税非課税)を目的とした課税状況の調査 |
| ☐ | 高齢者用肺炎球菌ワクチンの接種履歴の調査 |

同意者(接種対象者)

署名

代筆者氏名

続柄()

※自署できない者は代筆者が被接種者名を署名し、代筆者の氏名及び被接種者との続柄を併せて記載

※上記同意をしても、65歳になったばかりの方、最近市外から転入した方など接種者により、減免確認できない場合があります。その際は、各区役所窓口にお問い合わせください。

※区役所で接種履歴なしと回答した場合でも、3ヶ月以内の接種等、後から接種履歴が判明することがあります。

その際は、接種費用を全額自己負担していただきますので、ご了承ください。

高齢者用肺炎球菌の予防接種について

1 肺炎球菌の症状について

肺炎球菌は免疫のはたらきが十分でない、乳幼児や高齢者に様々な病気を引き起こします。肺炎球菌によって起こる主な病気には、肺炎、気管支炎、中耳炎、髄膜炎、菌血症などがあります。

また、細菌による感染症はペニシリンなどの抗生物質により治療しますが、近年は抗生物質が効かない薬剤耐性菌が増えているため、治療が困難になっているという問題があります。そこで、ワクチンにより、病気をあらかじめ予防することが以前にも増して大切になってきています。

2 高齢者用肺炎球菌ワクチンについて

ワクチンの接種によって、肺炎球菌による重い感染症（細菌性髄膜炎、菌血症など）の予防が期待できます。

3 予防接種の副反応について

接種後に注射部位の腫れや、痛み、赤み、発熱が見られることがあります。ほとんどの場合、特に治療を必要とせず回復することが知られていますが、まれにショックやじんましん、呼吸困難などがあらわれることがあります。このような場合はすぐに接種した医療機関を受診してください。

また過去 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されたことのある方は、同剤の接種により注射部位の疼痛、紅斑、硬結等の副反応が、初回接種よりも頻度が高く、程度が強く発現する恐れがあります。

4 接種を受ける前の注意事項

【予防接種を受けることができない方（予防接種不適合者）】

- (1) 明らかに発熱（通常 37.5℃以上をいいます）がある方
- (2) 重篤な急性疾患にかかっていることが明らかな方
- (3) 今回の予防接種の接種液の成分によってアナフィラキシー（ひどいアレルギー反応）を起こしたことがある方
- (4) その他、医師が不適当な状態と判断した場合

【接種を受ける際に、医師とよく相談しなくてはならない方】

- (1) 心臓病、腎臓病、肝臓病、血液の病気や発育障害などの治療を受けている方
- (2) 予防接種で、接種後 2 日以内に発熱のみられた方及び発疹、じんましんなどアレルギーと思われる異常が見られた方
- (3) 過去にけいれん（ひきつけ）を起こしたことがある方
- (4) 過去に免疫不全の診断がなされている方及び近親者に先天性免疫不全症の方がいる方
- (5) 今回の予防接種の接種液の成分に対してアレルギーがあるといわれたことのある方

5 予防接種後の一般的な注意事項

- (1) 予防接種を受けたあと **30 分間**は、急な副反応が起こることがありますので、医師とすぐに連絡を取れるようにしておきましょう。

- (2) 接種後 1 週間 は副反応の出現に注意しましょう。
- (3) 接種部位は清潔に保ちましょう。入浴は差し支えありませんが、わざと接種部位をこすることはやめましょう。
- (4) 接種当日は、はげしい運動はさけましょう。
- (5) 接種後、接種部位の異常な反応や体調変化があった場合は、速やかに医師の診察を受けましょう。

6 予防接種による健康被害救済制度について

1 予防接種法に基づく予防接種による健康被害救済制度について

予防接種法に基づく予防接種（高齢者用肺炎球菌、インフルエンザ、新型コロナウイルス感染症、带状疱疹など）により引き起こされた副反応により、医療機関での治療が必要になったり、生活に支障がでるような障害を残すなどの健康被害が生じたとき、その健康被害が予防接種によって引き起こされたものか、別の要因によるものなのかの因果関係を、予防接種・感染症医療・法律等、各分野の専門家からなる国の審査会にて審議し、予防接種によるものと認定された場合には、法に基づく補償を受けることができます。健康被害の程度等に応じて、医療費、医療手当、障害児養育年金、障害年金、死亡一時金、葬祭料の区分があり、法で定められた金額が支給されます。死亡一時金、葬祭料以外については、治療が終了する又は障害が治癒する期間まで支給されます。

なお、予防接種法に定められた期間や間隔、回数を外れて接種した方は、予防接種法に基づかない接種（任意接種）として取り扱われます。

※給付申請の必要が生じた場合は、診察した医師又は各区役所保健福祉課健康相談コーナーへご相談ください。

2 予防接種法に基づかない接種（任意接種）による健康被害救済制度について

任意接種によって、重篤な副反応が発生し一定の被害が生じた場合は、独立行政法人医薬品医療機器総合機構（PMDA）の医薬品副作用被害救済制度による補償を受けることになりますが、法令による接種と比べて、救済の対象や金額等が異なります。

※任意接種による健康被害救済の問い合わせ先

独立行政法人 医薬品医療機器総合機構 救済制度相談窓口
〒100-0013 東京都千代田区霞が関 3-3-2 新霞が関ビル
電話番号：0120-149-931（フリーダイヤル）
受付時間：【月～金】9時～17時（祝日・年末年始を除く）
ホームページアドレス：<http://www.pmda.go.jp>

以上の注意をよく読んで、わからないことがあればかかりつけ医師又は各区役所保健福祉課健康相談コーナーへ相談しましょう。

【問い合わせ先】

門 司 区役所健康相談コーナー	331-1888	八幡東区役所健康相談コーナー	671-6881
小倉北区役所健康相談コーナー	582-3440	八幡西区役所健康相談コーナー	642-1444
小倉南区役所健康相談コーナー	951-4125	戸 畑 区役所健康相談コーナー	871-2331
若 松 区役所健康相談コーナー	761-5327	保健福祉局 健康危機管理課	582-2090

高齢者用肺炎球菌の予防接種を受けましょう！

接種対象者

※過去に定期接種として接種された方や、これまでに 23 価肺炎球菌ワクチンを自費で接種された方は今回の定期接種の対象外となります。

- 1 市内にお住まいの、65 歳の方
- 2 市内にお住まいで 60 歳以上 65 歳未満かつ、心臓、じん臓、呼吸器の機能、又はヒト免疫不全ウイルスによる免疫の機能に障害のある方（身体障害者手帳 1 級程度）※手帳がない場合は医師の診断書等が必要です

接種期間

65 歳の誕生日の前日から、66 歳になる日の前日まで

接種費用

4,300 円

※期限を過ぎた場合、全額自己負担（8,000 円～1 万円程度）となります。

- ※ 対象の方で（1）生活保護受給者（2）世帯全員が市民税非課税の方のいずれかに該当する方は無料です。減免手続きについては裏面「減免手続きについて」をご参照ください。
- ※ 定期接種開始以前に自費で接種した費用についての返金はありません。

接種方法

1 回 接種（公費接種は一人 1 回限り）

接種場所

市内予防接種実施医療機関

- ※ 接種を希望される医療機関（内科等）に、予防接種を実施しているか事前に確認してください。
- ※ 市のホームページに実施医療機関を掲載しています。

【令和 7 年度から開始された、带状疱疹予防接種についてのご案内】

令和 7 年度中に 65 歳を迎える方（昭和 35 年 4 月 2 日生まれ～昭和 36 年 4 月 1 日生まれの方）は、令和 7 年 7 月ごろに带状疱疹予防接種のご案内が別途送付されます。

带状疱疹予防接種の接種期間 2025 年 4 月 1 日～2026 年 3 月 31 日

- ※带状疱疹予防接種は、高齢者肺炎球菌とは接種期間が異なりますので、十分ご注意ください。
- ※ワクチンの種類や自己負担額等の詳細については、送付されるお知らせをご確認ください。

高齢者用肺炎球菌予防接種の減免手続きについて

■ 接種費用減免対象者、減免手続き方法

＜減免対象者＞（１）生活保護受給者（２）世帯全員が市民税非課税の方、いずれかに該当する方

減免手続き方法

- （１）「年度介護保険料納入通知書（保険料段階が 1～3 段階のもの）」を医療機関の窓口に提示する。
- （２）「マイナンバーカード」もしくは「生活保護受給証明書」の交付を受け、医療機関に提示する。
※各区役所保護課で交付を受けてください。
※生活保護を受けていることが医療機関で確認できる場合は不要
- （３）各区役所保健福祉課で減免確認を受け、医療機関に提出する。
※本人確認資料（運転免許証、住民基本台帳カード、健康保険証など）と印鑑（本人自署の場合は不要）と予診票（水色）を持参してください。

年度介護保険料納入通知書（見本）

料金後納郵便

介護保険料のお知らせです

（年度介護保険料納入通知書）

あなたが 年度に納めていただく介護保険料の額をお知らせします。
年金からの天引きの方、口座振替の方、代理納付の方は、特別に手続きを必要はございませんが、必ず中身ををご確認くださいませようお願いします。

加算・減額は、年度7月まで
原簿の発行期間を延長しています。

6. 保険料の支払いでお困りの方へ

①災害や主たる生計維持者の死亡や失業など特別な理由で、保険料の支払いが困難な方は、保険料を減免する制度があります。

②決められた保険料（第2段階～第10段階のいずれか）を支払うと、生活保護を受けなければ生活が困難になるような場合には、保険料の段階を低くする制度があります。

③所得総額の「第2段階」第3段階（特別段階）第3段階の方で、収入や資産などの状況から生活が豊しく困難であると認められる場合には、保険料を減免する制度があります。

※災害などの特別な理由が認められる場合は、保険料の減免が認められる場合があります。詳細については、介護（予給）サービスに対する保険給付が関係されます。

お住まいの区役所保健福祉課介護保険担当へご相談ください。

7. その他

①特別徴収（年金からの天引き）の方が、次の①～③のいずれかに該当したときは、普通徴収となりますので、別途お返りの郵付で保険料を納付してください。

①所得の途中や年金額が変更となった場合

②保険料を差し控えて年金の給付が止まった場合

③年金控除の適用が開始された場合

④年度の途中で所得更正等の事由により、負担していた保険料の所得控除がなくなった場合は、別途お知らせします。

⑤不備申し立て

この通知について不備があるときは、この通知書を受け取った日の翌日から起算して30日以内に第四期介護保険審査会に対して審査請求をすることができます。

また、この通知書の取扱いの訴えは、前記の審査請求に対する最終決定を受け取った日の翌日から起算して6か月以内に北九州市を被告として提起することができます。なお、処分取消しの訴えは、前記の審査請求に対する最終決定後（次の①から③までのいずれかに該当するときは除く。）でなければ提起することができないこととされています。

①審査請求があった日から3か月を経過しても最終決定がないとき。

②処分、処分執行又は手続の続行により生ずる著しい損害を避けるため緊急の必要があるとき。

③その他裁決を遅延しに及ぶ正当な理由があるとき。

年度 介護保険料 納入(変更)通知書 兼 特別徴収額(仮徴収)変更通知書

あなたの平成26年度の介護保険料について下記のとおり決定(変更)しましたので通知します。

決定(変更)の項目	決定(変更)の金額
納付の保険料	4,000円
徴収方法	普通徴収
特別徴収額	0円
決定(変更)の理由	所得の途中や年金額が変更となった場合

納める保険料の決定の基準

所得区分	所得区分	納付の保険料
第1段階	所得区分	納付の保険料
第2段階	所得区分	納付の保険料
第3段階	所得区分	納付の保険料
第4段階	所得区分	納付の保険料
第5段階	所得区分	納付の保険料
第6段階	所得区分	納付の保険料
第7段階	所得区分	納付の保険料
第8段階	所得区分	納付の保険料
第9段階	所得区分	納付の保険料
第10段階	所得区分	納付の保険料

北九州市保健福祉局 所長印

ここが 1～3 段階の方が減免対象者です。

接種を受ける際は、かかりつけ医や接種医療機関の医師にあらかじめ相談しましょう

*** お問い合わせ先 ***

門司区役所	健康相談コーナー	331-1888	八幡東区役所	健康相談コーナー	671-6881
小倉北区役所	健康相談コーナー	582-3440	八幡西区役所	健康相談コーナー	642-1444
小倉南区役所	健康相談コーナー	951-4125	戸畑区役所	健康相談コーナー	871-2331
若松区役所	健康相談コーナー	761-5327	保健福祉局健康危機管理課		582-2090

北九州市保健福祉局

区役所

年 月 日

高齢者用予防接種減免確認申請書 (個人：65歳以上の方)

北九州市長

私は、(生活保護受給者・世帯全員が市民税非課税)であるため、高齢者用予防接種を受けるにあたり、自己負担額が減免となるよう減免確認を申請します。

また、この申請の該当要件確認のため、区役所職員が、私の介護保険料段階について調査することに同意します。

予 診 票 交 付 申 請 者 (接種対象者)			
住 所	区		
フリ 氏 名	(自署又は記名押印)		
	TEL (— —)		
生年月日	年 月 日	性別	

接種対象者本人以外の方が申請する場合は、申請者の住所・氏名・接種対象者本人との続柄を記入してください。

(代理人) 住所

氏名 (自署又は記名押印)

本人との続柄

※なお、代理人が、同居の配偶者、親、子以外の場合は、裏面の委任状が必要です。
(別途、委任状の添付でも可。)

確認結果

該当・非該当

委 任 状

(代理人)

住 所 _____

氏 名 _____

私は、上記の者を代理人と定め、高齢者用予防接種減免確認申請に関することを委任します。

年 月 日

(委任者：接種対象者)

住 所 _____

氏 名 (自署又は記名押印) _____

連絡先電話番号 _____