

令和8年度 善通寺市高齢者用肺炎球菌予防接種実施要領

広域用

1. 対象者

高齢者肺炎球菌の予防接種は、以下に掲げる者に対し実施します。

ただし、(2)に該当する者として、既に当該予防接種を受けた者は、(1)の対象者から除かれます。

接種時点で、善通寺市に住民登録のある

(1) 65歳の者

(2) 60歳以上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者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者（身体障害者手帳1級に該当する者）

〔対象者から除かれる者〕

・これまでに、23価肺炎球菌莢膜ポリサッカライドワクチン又は肺炎球菌結合型ワクチンを1回以上接種した者であって、高齢者の肺炎球菌感染症の予防接種を行う必要がないと医師が認める者

〔その他〕

・他のワクチンとの同時接種については、医師が特に必要と認めた場合に行うことができます。

2. 実施期間 令和8年4月1日～令和9年3月31日（休診日を除く）

3. 実施場所 市内予防接種実施医療機関
県内予防接種実施医療機関

4. 自己負担金 3,500円

自己負担金は医療機関の窓口で徴収してください。

〔自己負担金免除について〕

生活保護法による生活保護を受けている方と市民税非課税世帯に属する方は、保健課が発行する【自己負担金免除証明書】の提出があれば料金を無料となります。

ただし、接種時に、証明書の提出がなければ、料金を領収してください。

5. 委託料金(消費税を含む。)

対象者	委託料金
生活保護法による生活保護を受けている方 市民税非課税世帯に属する方	11,720円
自己負担3,500円を徴収する方	8,220円

6. 予防接種における注意事項

- ①対象者には、善通寺市保健課から予診票、予防接種済証を郵送します。
対象者の住所地と予診票に記載されている自治体名の確認をお願いします。
- ②対象者の住所、氏名、生年月日、年齢の確認をお願いします。
- ③接種方法について

沈降 20 価肺炎球菌結合型ワクチン

1 回筋肉内に注射する。

- ④ 1.対象者のうち、(2)に該当する方は、接種当日 60 歳以上 65 歳未満であることの確認および身体障害者手帳を確認してください。
あわせて、身体障害者手帳の写し(氏名、障害名および等級の記載のあるページ)を予診票に添付してご請求ください。
- ⑤「予防接種済証」に接種日、メーカー名、ワクチンのロット No、医療機関名を記入してください。
接種者に「予防接種済証」を渡し、大切に保管するようご説明願います。

7. 請求について

接種月の翌月 10 日までに下記を保健課まで提出してください。

- ① 請求書 (A4 サイズ)
- ② 自己負担金免除証明書 (該当者のみ)
- ③ 高齢者用肺炎球菌予防接種予診票
- ④ 身体障害者手帳の写し (該当者のみ)

※請求書への押印は登録した印鑑を使用して下さい。

※消えるボールペンで記載した原本は受理できませんのでご了承ください。

※【請求書】は必要枚数をコピーして使用してください。