

令和8年度 善通寺市带状疱疹予防接種実施要領

広域用

1. 対象者

带状疱疹の予防接種は、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)令和8年度内に、65歳、70歳、75歳、80歳、85歳、90歳、95歳、100歳になる者^{※1}

(2)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者（身体障害者手帳1級に該当する者）

※1 対象者の生年月日一覧表

年齢	生年月日	年齢	生年月日
65歳	昭和36年4月2日～昭和37年4月1日 (1961年4月2日～1962年4月1日)	85歳	昭和16年4月2日～昭和17年4月1日 (1941年4月2日～1942年4月1日)
70歳	昭和31年4月2日～昭和32年4月1日 (1956年4月2日～1957年4月1日)	90歳	昭和11年4月2日～昭和12年4月1日 (1936年4月2日～1937年4月1日)
75歳	昭和26年4月2日～昭和27年4月1日 (1951年4月2日～1952年4月2日)	95歳	昭和6年4月2日～昭和7年4月1日 (1931年4月2日～1932年4月1日)
80歳	昭和21年4月2日～昭和22年4月1日 (1946年4月2日～1947年4月1日)	100歳	大正15年4月2日～昭和2年4月1日 (1926年4月2日～1927年4月1日)

〔対象者から除かれる者〕

- ・これまでに、乾燥弱毒性水痘ワクチンを1回接種したことのある者であって、带状疱疹の予防接種を行う必要がないと認められるもの
- ・これまでに、乾燥組換え带状疱疹ワクチンを2回接種したことのある者であって、带状疱疹の予防接種を行う必要がないと認められるもの

〔その他〕

- ・带状疱疹にかかったことのある者についても定期接種の対象となります。
- ・定期接種の対象者が、定期接種開始前に、一部の接種を任意接種として行った場合は、残りの接種を定期接種として実施することができます。
- ・带状疱疹ワクチンの交互接種は認められていません。
- ・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

自己負担金は医療機関の窓口で徴収してください。

乾燥組換え带状疱疹ワクチン	6,600円
乾燥弱毒性水痘ワクチン	2,600円

〔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
乾燥組換え帯状疱疹ワクチン	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	22,060 円
	自己負担 6,600 円を徴収する方	15,460 円
乾燥弱毒性水痘ワクチン	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	8,860 円
	自己負担 2,600 円を徴収する方	6,260 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

乾燥組換え帯状疱疹ワクチン 2回接種

標準的には2か月の間隔をおいて2回筋肉内に注射する。

当該方法をとることができない場合でも、1回目の接種から6か月までに2回目の接種を完了することが望ましい。

また、疾病または治療により免疫不全である者、免疫機能が定期化した者等、医師が早期の接種が必要と判断した者に対しては、1か月以上の間隔をおいて2回筋肉内に注射しても差し支えない。

乾燥弱毒性水痘ワクチン 1回接種

1回皮下に注射する。

④1.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 帯状疱疹予防接種予診票

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。