

# 令和5年度

## 鹿児島市高齢者の予防接種 実施上の留意事項

肺炎球菌予防接種の費用助成の経過措置は5年間(令和元年度～令和5年度)延長となっております。  
市民税非課税世帯の確認書類について、一部変更があります。詳しくはP3をご確認ください。

| 【目次】                                     | ページ |
|--|-----|
| <b>1 概要</b> . . . . .                    | 1   |
| <b>2 自己負担額</b> . . . . .                 | 1   |
| <b>3 実施手順</b>                            |     |
| (1) 対象者の確認 . . . . .                     | 2   |
| (2) 自己負担の有無の確認                           |     |
| <b>生活保護受給者</b>                           |     |
| ①生活保護受給証、生活保護法医療券 . . . . .              | 2   |
| ②自立支援医療受給者証 . . . . .                    | 2   |
| <b>市民税非課税世帯</b>                          |     |
| ①介護保険料納入通知書(決定通知)等 . . . . .             | 3   |
| ②後期高齢者医療限度額適用・標準負担額減額認定証 . . . . .       | 3   |
| ③市民税非課税証明書 . . . . .                     | 4   |
| (3) 予診票の記入、医師の予診・説明 . . . . .            | 4   |
| (4) 予診票へ署名等 . . . . .                    | 5   |
| (5) 接種 . . . . .                         | 5   |
| (6) 接種済証 . . . . .                       | 5   |
| (7) 予診票の保管 . . . . .                     | 5   |
| <b>4 予防接種による間違い</b> . . . . .            | 5   |
| <b>5 副反応疑い報告</b> . . . . .               | 6   |
| <b>6 予防接種健康被害救済制度</b> . . . . .          | 6   |
| <b>7 令和5年度委託料単価(消費税相当額を含む)</b> . . . . . | 6   |
| <b>8 委託料の請求及び支払い方法</b> . . . . .         | 7   |
| <b>9 鹿児島県相互乗り入れ制度</b> . . . . .          | 7   |
| (参考) インフルエンザ予診票チェックの注意事項 . . . . .       | 8   |

【お問い合わせ先】 鹿児島市 感染症対策課

〒892-8677 鹿児島市山下町11番1号

TEL(直通) : 099-803-7023 FAX(代表) : 099-803-7026

# 1 概要

(1) インフルエンザ 助成期間：令和5年10月1日～令和6年3月31日

| ワクチン    | 対象者(鹿児島市に住民登録のある者)  | 予診票          | 回数 | 接種量   | 方法 |
|---------|---|--------------|----|-------|----|
| インフルエンザ | ① 接種時に65歳以上の人<br>② 接種時に60歳以上65歳未満で、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人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人(内部障害1級相当) | 医療機関に送付(9月末) | 1回 | 0.5ml | 皮下 |

(2) 成人用肺炎球菌 助成期間：令和5年4月1日～令和6年3月31日

| ワクチン    | 対象者(鹿児島市に住民登録のある者)  | 予診票                     | 回数 | 接種量   | 方法     |
|---------|---|-------------------------|----|-------|--------|
| 23価肺炎球菌 | 過去に23価ワクチンの接種を受けたことがない人で<br>① 令和5年4月2日から令和6年4月1日に、65歳、70歳、75歳、80歳、85歳、90歳、95歳、100歳の誕生日を迎える人(誕生日を迎える前でも接種できます)<br>② 接種時に60歳以上65歳未満で、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人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人(内部障害1級相当) | ①は個別送付<br>②はFAXで医療機関に送付 | 1回 | 0.5ml | 筋肉又は皮下 |

## ア. 対象者

| 年齢  | 対象となる生年月日           | 年齢   | 対象となる生年月日           |
|-----|---------------------|------|---------------------|
| 65歳 | 昭和33年4月2日～昭和34年4月1日 | 85歳  | 昭和13年4月2日～昭和14年4月1日 |
| 70歳 | 昭和28年4月2日～昭和29年4月1日 | 90歳  | 昭和8年4月2日～昭和9年4月1日   |
| 75歳 | 昭和23年4月2日～昭和24年4月1日 | 95歳  | 昭和3年4月2日～昭和4年4月1日   |
| 80歳 | 昭和18年4月2日～昭和19年4月1日 | 100歳 | 大正12年4月2日～大正13年4月1日 |

イ. 過去に23価肺炎球菌ワクチンの接種をした市民は対象となりません。

以前、任意で接種をした方で、接種したワクチンが13価肺炎球菌ワクチンであれば、今回の定期接種の対象となります。

肺炎球菌は、接種日時点で節目の年齢を迎えていなくても対象者になりますが、インフルエンザは、接種日時点で65歳以上でないと対象者にならないため、必ず年齢確認をお願いします。

# 2 自己負担額

| 予防接種名   | 自己負担額  | 助成期間                |
|---------|--------|---------------------|
| インフルエンザ | 1,500円 | 令和5年10月1日～令和6年3月31日 |
| 成人用肺炎球菌 | 3,000円 | 令和5年4月1日～令和6年3月31日  |

医療機関で自己負担額を必ず徴収してください。

ただし、生活保護受給者と市民税非課税世帯の者からは徴収しないでください。

(確認方法については、次ページ「(2) 自己負担の有無の確認」参照)

誤って徴収した場合、鹿児島市から本人に返金することはできませんので、ご注意ください。

### 3 実施手順

#### (1) 対象者の確認

|        |   |
|--------|---|
| 全員     | 健康保険証、運転免許証など…年齢、住所などを確認  |
| 60～64歳 | 身体障害者手帳、医師の診断書など…内部障害1級相当であることを確認<br>※手帳又は診断書のコピーは予診票の後ろにホッチキス留めしてください。 |

#### (2) 自己負担の有無の確認

|                       |  |
|-----------------------|--|
| 生活保護受給者<br>市民税非課税世帯の者 | →確認書類を提示してもらい、予診票の自己負担の欄“なし”に○をつけ、<br>確認書類の番号を○で囲み、[ ]に番号を記入<br>※確認書類の写しや原本は付けずに、本人に返す |
| 上記以外の者                | →・代金を徴収<br>・予診票の自己負担の欄“あり”に○をつける   |

#### 生活保護受給者の確認書類

- ① 鹿児島市生活保護受給証(休日・夜間等診療依頼証)、生活保護法医療券、生活保護受給証明書  
【生活保護受給証】

#### 【生活保護法医療券】

#### ② 自立支援医療受給者証

**市民税非課税世帯の確認書類**（世帯全員が非課税のみ。その証明は下記のものになります。）

① 介護保険料納入通知書（決定通知）、介護保険料納入通知書（変更通知）

6月に最新（令和5年度）の通知書が介護保険課から届きますので、4月～6月は令和4年度分でも可としますが、7月以降は令和5年度分であることを確認してください。

【介護保険料納入通知書（決定通知） 又は 介護保険料納入通知書（変更通知）】

予診票には「通知書番号」を記入

所得段階区分が第1段階、第2段階、第3段階の方のみ

② 後期高齢者医療限度額適用・標準負担額減額認定証

マイナンバーカードを利用してオンラインで確認した場合は、予診票の「オンライン資格確認」に○

有効期限切れていると×

予診票には【有効期限】を記入

適用区分が「区分Ⅰ」、「区分Ⅱ」のみ

国民健康保険の『医療限度額適用・標準負担額減額認定証』は、市民税非課税世帯の証明にはなりません。

- ③ 世帯員全員の市民税非課税証明書・・・高齢者のインフルエンザと肺炎球菌予防接種希望者は本庁資産税課及び各支所税務課にて手数料無料で発行できます。

令和 年度 ( 年分) 市民税・県民税 非課税証明書

賦課期日住所

賦課期日氏名

生年月日

【市保健事業用】

| 所得等の内訳          | 所得金額(円) | 所得等の内訳 | 所得金額(円) | 所得控除の内訳           | 所得控除額(円) | 扶養・本人区分等 |                        |
|-----------------|---------|--------|---------|-------------------|----------|----------|------------------------|
| 給与収入 (*****)    |         |        |         | 雑 療 損 費 *****     |          | 扶 養      | 同一生計配偶者 *****          |
| 公的年金等収入 (*****) |         |        |         | 社 会 保 険 料 *****   |          |          | (内同居) 老 人 ( ** 人 )     |
| 以下余白            |         |        |         | 生 命 保 険 料 *****   |          |          | 特 定 ** 人               |
|                 |         |        |         | 地 震 保 険 料 *****   |          |          | そ の 他 ** 人             |
|                 |         |        |         | 寄 附 金 人 *****     |          |          | 16歳未満 ** 人             |
|                 |         |        |         | 本 人 *****         |          | 限 害 者    | (内同居) 特 別 障 害 ( ** 人 ) |
|                 |         |        |         | 配 偶 者 特 別 *****   |          |          | そ の 他 障 害 ** 人         |
|                 |         |        |         | 配 偶 者 特 別 *****   |          |          |                        |
|                 |         |        |         | 扶 養 控 除 *****     |          |          |                        |
|                 |         |        |         | 基 礎 控 除 *****     |          |          |                        |
|                 |         |        |         | 総 所 得 金 額 *****   |          |          |                        |
|                 |         |        |         | 合 計 所 得 金 額 ***** |          |          |                        |
| 市民税 (円)         |         | 県民税    |         |                   |          |          |                        |
| 所得割             | 均等割     | 所得割    |         |                   |          |          |                        |
| ( )             | ( )     | ( )    |         |                   |          |          |                        |


(注意) 所得割及び年税額の欄は、市税証番号を記入する前の金額を記載してください。

市税証 第 22096973 号

上記のとおり相違ないことを証明します。

証明書発行日が、  
令和5年4月1日～  
令和6年3月31日であることを  
要確認

予診票には[市税証番号]を記入



(3) 予診票の記入、医師の予診・説明

- ① 2枚複写(鹿児島市提出用と医療機関控用)になっています。  
被接種者に必要事項を記入してもらい、内容を確認してください。

【肺炎球菌について】

予診票1枚目(鹿児島市提出用)右上の「予防接種シール貼付欄」に8桁の数字を記したシールが貼付してあるかを確認してください。シールがない場合等は感染症対策課までご連絡ください。番号を伝えるので、記入をお願いします。

また、23価肺炎球菌ワクチンを過去に接種をしたことのある人は対象となりませんので、被接種者に対しては、前回接種日の確認をしてください。過去に接種をしていたが、確認が不足していたため、重ねて接種をするという事例が見受けられました。その場合、定期予防接種として認められず、接種代金の請求はできませんので、注意してください。

なお、5年以上経過していれば、**全額自費での再接種(任意接種)は可能**です。

定期接種対象者が予診票を紛失もしくは忘れた、または60歳以上65歳未満の対象者が接種に来た際には、感染症対策課にご連絡ください。予診票をFAXします。

- ② 予診は予診票を用いて行い、問診事項については十分に把握し、予診票の医師記入欄には追加問診によって知り得た必要事項を記入してください。また、被接種者の接種前診察(視診及び聴診)は全員に実施し、健康状態を調べ、接種の可否を決定してください。
- ③ ワクチンの効果、副反応、健康被害救済制度等について被接種者に十分説明し、被接種者が理解し接種に同意していることを確認してください。

#### (4) 予診票へ署名等

- ① 医師は、予診票の医師記入欄の（実施できる・見合わせた方がよい）のいずれかに○をし、氏名を記載してください。（署名または記名押印）
- ② 対象者に予診票の「接種希望書・同意書」の（希望します・希望しません）のいずれかに○をしてもらい、署名させてください。自署ができない者に対しては、代筆者に氏名及び続柄を記入させてください。対象者の意思確認が困難な場合、家族又はかかりつけ医の協力により本人の意思確認をしてください。対象者の意思が最終的に確認できなかった場合は、任意接種となり、費用は全額自己負担となります。
- ③ 接種を受けるかどうかの最終的な判断は、被接種者の責任で行うものです。接種後、インフルエンザ及び肺炎に罹患したり、あるいは罹患したことにより重症化、死亡したりした場合でも、本市及び接種医には、その責任がない旨を事前に説明しておいてください。

#### (5) 接種

- ① 予防接種関係法令、ワクチンの添付文書等に従って接種してください。
  - ・関係法令等：予防接種法、予防接種法施行令、予防接種施行規則、予防接種実施規則、定期の予防接種実施要領
  - ・冊子：予防接種ガイドライン、予防接種における間違いを防ぐために等
  - ・ホームページ：厚生労働省ホームページ (<http://www.mhlw.go.jp/>)  
公益財団法人予防接種リサーチセンター (<http://www.yoboseshu-rc.com/>)
- ② 接種後は、予診票下の実施場所・医師名・接種年月日・使用ワクチン名及び接種量を記入してください。接種年月日は楷書体で明瞭にお願いします。特にゴム印を使用される際は、不明瞭にならないようにしてください。

#### (6) 接種済証

予防接種お知らせの下部が『接種済証』になっています。  
接種後に必要事項を記入し、必ず被接種者に発行してください。

#### (7) 予診票の保管

予診票は5年間保管しておいてください。

## 4 予防接種による間違い

予防接種の実施にあたっては、接種対象年齢等の確認を徹底し、接種間違いの発生防止に努めていただきますようお願いいたします。なお、接種間違い分については、鹿児島市から委託料の支払いはできませんのでご注意ください。

### 予防接種による間違いが発生した場合の対応

- ① 被接種者の健康状態を確認し、必要に応じ、適切な処置を行う。
- ② 感染症対策課に電話で接種間違いの連絡を行う。
- ③ 「（公財）予防接種リサーチセンター」（TEL：03-6206-2121）に、今後の接種について確認する（再接種が必要か、今後の接種スケジュール等）。
- ④ 「予防接種による間違い発生報告書」に必要事項を記載し、予診票と合わせてFAXにて感染症対策課へ提出する。

## 5 副反応疑い報告

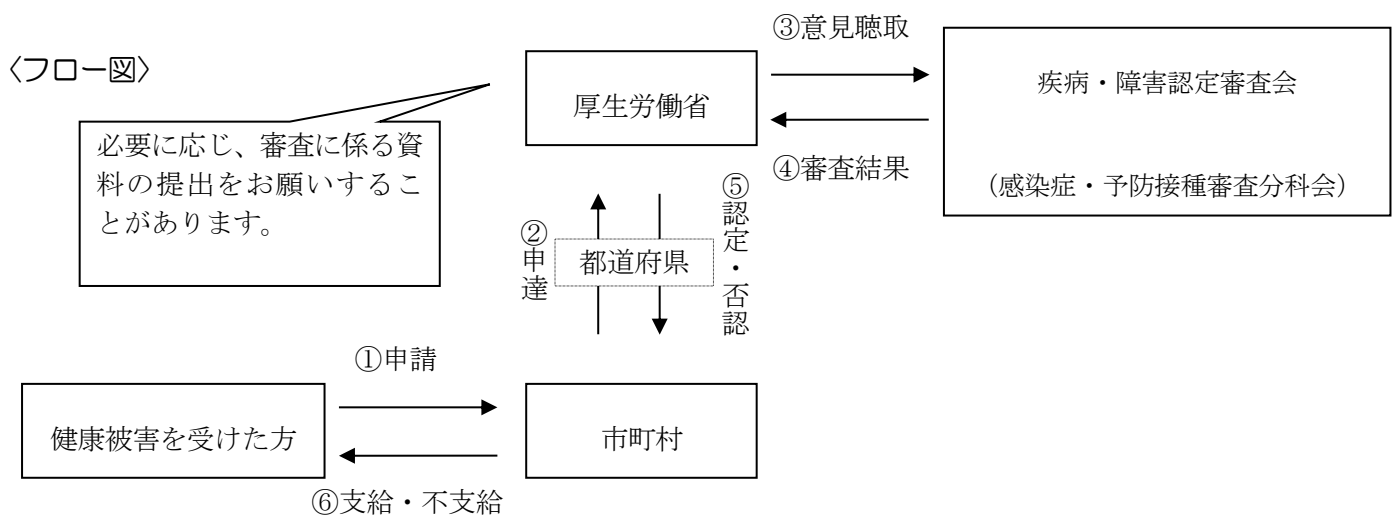
予防接種後に生じた副反応を診断した医師は、速やかに独立行政法人医薬品医療機器総合機構へ報告することが義務付けられています（本人の同意は不要です）。定期接種だけでなく、任意接種も同じ様式で報告できます。

この報告は「医薬品、医療機器等の品質、有効性及び安全性の確保等に関する法律」の規定による報告としても取り扱うこととするため、改めて報告することは不要となります。

医薬品医療機器総合機構への報告専用FAX番号：0120-176-146

## 6 予防接種健康被害救済制度

定期の予防接種により重篤な健康被害が発生し、厚生労働大臣が認定したときには、予防接種法の規定により、発生した健康被害の救済が行われることになっています。本市から県を経由して、厚生労働省へ認定手続きをすることになりますので、市民の方から相談された際は、感染症対策課へご連絡ください。



## 7 令和5年度委託料単価（消費税相当額を含む）

| 予 防 接 種 名 | 自己負担有  | 自己負担無  | 接種不可者  |
|-----------|--------|--------|--------|
| インフルエンザ   | 3,725円 | 5,225円 | 3,168円 |
| 成人用肺炎球菌   | 5,785円 | 8,785円 |        |

《接種不可対象となる例》 ※診療行為を行った場合は除きます。

- ① 明らかに発熱(37.5℃以上)しているもの
- ② 重篤な急性疾患にかかっていることが明らかなもの
- ③ 接種液の成分でアナフィラキシーを起こしたことがあるもの

該当者がいた場合は、添付書類の「予防接種不可者受診券」を使用して請求してください。

— 線（太線）内は本人又は代筆者に記入してもらってください。

＝ 線（二重線）内は貴院にて記入してください。

## 8 委託料の請求及び支払い方法

|  | 市医師会会員の医療機関  | 市医師会会員でない医療機関  |
|--|--|--|
| 提出書類   | ① 令和5年度〇〇予防接種委託料請求書兼内訳書<br>( (3-1)(3-2)(3-3)に必要事項をそれぞれ記入のう<br>え、切り取り線で分割し、下記のとおり取り扱って<br>ください)<br>(3-1)(3-2)…市医師会へ提出<br>(3-3)…各医療機関で保管<br><br>③ 予診票(2枚複写)<br>1枚目…市医師会へ提出<br>2枚目…各医療機関で保管<br><br>④ 接種不可者受診券(いた場合) | ① 予防接種委託契約実施報告書<br>② 請求書<br>③ 予診票(2枚複写)<br>1枚目…鹿児島市へ提出<br>2枚目…各医療機関で保管<br>④ 接種不可者受診券(いた場合) |
| 提出期限   | 接種月の翌月10日  | 接種月の翌月15日  |
| 提出先  | 鹿児島市医師会事務局   | 鹿児島市(郵送、直接)  |
| 振込時期   | 本市が市医師会から請求書を受理後、30日以内に市医師会へ支払い、その後、市医師会から各医療機関に支払われます。  | 本市が各医療機関から請求書を受理後、30日以内に指定された口座に支払われます。  |
| <p>・本市において、予診票の記載内容(不備がある場合は返却します)、接種件数、請求金額等を確認したあと、入金されます</p> <p>※提出前に、予診票のすべての記載内容に記入漏れ等がないことや対象年齢であることなどを再度確認してください。(確認方法については、次ページ「予診票チェックの注意事項」参照)</p> <p>※不備が多い場合、お支払できないことがあります。</p> |  |  |

請求の様式などは、本市HPからダウンロードできます。

検索方法：本市HPのサイト内検索入力欄に、「インフルエンザ」や「成人用肺炎球菌」と入力  
→ページの下部「医療機関の皆様へ」

## 9 鹿児島県相互乗り入れ制度

鹿児島県医師会が実施している相互乗り入れ制度に参加している医療機関については、鹿児島市外に住民登録がある者でも公費負担による定期接種が可能です。その際、使用する予診票は住民登録がある自治体のものになります。



(参考) インフルエンザ 予診票チェックの注意事項

すべて整っていないと委託料が支払われません。もれのないようにご注意ください。

2-1  
(鹿児島市提出用)

令和 年度 鹿児島市インフルエンザ予防接種予診票

| 住所   |       | 鹿児島市 山下 丁目 11 番地 | 診察前の体温 | 36 度 4 分 |                            |
|--|-------|------------------|--------|----------|----------------------------|
| 氏名   | 桜島 花子 | 性別               | 男      | 生年月日     | 大正 23 年 10 月 15 日 (満 75 歳) |
| ※対象者：(1)接種日に65歳以上の鹿児島市民 (2)接種日に60歳以上65歳未満で内部障害1階程度の鹿児島市民 |       |                  |        |          |                            |
| 質問事項   | 回答    | 医師記入             |        |          |                            |
| 今日の予防接種について「予防接種のお知らせ」を読み、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 病名 ( )                                  | はい    | いいえ              |        |          |                            |
| 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                                       | 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 ( )                                      | はい    | いいえ              |        |          |                            |
| 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 ( )   | はい    | いいえ              |        |          |                            |
| 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よいといわれましたか                    | はい    | いいえ              |        |          |                            |
| 最近1か月以内に熱がでたり、病気にかかったりしましたか                              | はい    | いいえ              |        |          |                            |
| 病名 ( )   | はい    | いいえ              |        |          |                            |
| 最近1か月以内に、家族等に、インフルエンザ、麻疹、風しん、水痘、おたふくかぜなどの病気の方がいましたか      | はい    | いいえ              |        |          |                            |
| 病名 ( )   | はい    | いいえ              |        |          |                            |
| 最近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 ( ) ( 月 日頃)                                      | 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を受けて具合が悪くなったことはありますか                      | はい    | いいえ              |        |          |                            |
| ニワトリの卵や肉などにアレルギーがありますか                                   | はい    | いいえ              |        |          |                            |
| 薬品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はありますか                 | はい    | いいえ              |        |          |                            |
| ひきつけ (けいれん) をおこしたことがありますか ( 歳頃)                          | はい    | いいえ              |        |          |                            |
| そのとき熱が出ましたか  | はい    | いいえ              |        |          |                            |
| 今日の予防接種について質問がありますか                                      | はい    | いいえ              |        |          |                            |

よくある間違い①

65歳以上ですか？

・64歳以下は任意接種の予診票を使う

(ただし、60～64歳で内部障害の人は手帳等のコピーを添付すれば定期でOK)

よくある間違い②

接種できるに○がありますか？

署名または記名押印がありますか？

よくある間違い③

希望しますに○がありますか？

よくある間違い④

代筆の場合、代筆した人の氏名と続柄が記載されていますか？

・本人の名前を、代筆者に書いてもらうのは不可

よくある間違い⑤

自己負担ありorなし どちらかに○がありますか？

・自己負担無(保護受給か市民税非課税世帯は無料)の場合は、本人が提示した確認資料の番号を○し、[ ]に番号を記入

・後期高齢者医療限度額・標準負担額減額認定証の場合は、有効期限を記入 (マイナンバーカードを利用して確認した場合は、オンライン資格確認に○)

・確認資料の写しや原本の添付は不要。確認したら本人に返却する

# 令和5年度予防接種委託契約実施報告書（成人用肺炎球菌）

（令和 年 月分）

令和 年 月 日

鹿児島市長 殿

所在地及び名称  
代表者氏名

押印を省略する場合は、記入してください。  
（担当者：氏名 電話 ）

委託契約に基づき、成人用肺炎球菌予防接種委託業務を下記のとおり実施しましたので、委託契約第6条の規定に基づき、関係書類を添付し報告します。

また、生活保護世帯及び市民税非課税世帯について、資料を確認したことを証明します。

記

| 予防接種名      | 委託単価   | 件数 | 委託料（円） |
|------------|--------|----|--------|
| 自己負担 有     | 5,785円 | 件  | 円      |
| 自己負担 無     | 8,785円 | 件  | 円      |
| 予診料（接種不可者） | 3,168円 | 件  | 円      |
| 合 計        |        | 件  | 円      |

【感染症対策課確認欄】

| 受付印 | 確 認 |     |   |     |
|-----|-----|-----|---|-----|
|     | 課 長 | 係 長 | 係 | 照 合 |
|     |     |     |   |     |

令和5年度予防接種委託契約実施報告書（成人用肺炎球菌）

（令和 5 年 10 月分）

令和 年 月 日

鹿 **例**

日付は空欄でお願いします。

所在地及び名称 鹿児島市●●▲丁目●番●号

●●法人 ●●会

代表者氏名

理事長 鹿児島 太郎

押印を省略する場合は、記入してください。

（担当者：氏名 電話番号）

委託契約に基づき、成人用肺炎球菌予防接種委託業務の報告書として提出しますので、委託契約第6条の規定に基づき、関係書類を添付し報告いたします。また、生活保護世帯及び市民税非課税世帯については、

押印をする場合は契約書の印鑑と同じ物を使用してください。押印を省略する場合は担当者の氏名と電話番号の記入をお願いします。

記

| 予防接種名      | 委託単価   | 件数  | 金額(円)    |
|------------|--------|-----|----------|
| 自己負担 有     | 5,785円 | 25件 | 144,625円 |
| 自己負担 無     | 8,785円 | 26件 | 228,410円 |
| 予診料（接種不可者） | 3,168円 | 2件  | 6,336円   |
| <b>合 計</b> |        | 53件 | 379,371円 |

【感染症対策課確認欄】

| 受付印 | 確 認 |     |   |     |
|-----|-----|-----|---|-----|
|     | 課 長 | 係 長 | 係 | 照 合 |
|     |     |     |   |     |

(見積書 有・無)

(支払方法 ①口座振替払…MT 2直接払 3口座振替払…MT外)

(支払予定日) (審査決裁区分会・室・係)

注意  
金額はアラビア数字で記入し、首標金額の頭に¥字を記入してください。首標金額の訂正は認めません。

|                |                  |      |                               |             |     |
|----------------|------------------|------|-------------------------------|-------------|-----|
| 課名             | 感染症対策課           |      | 令和 5 年度                       | 支出(還付) 命令番号 | 第 号 |
| 1 契約係長<br>2 代行 | 1 物品検収<br>2 履行確認 | 物品受領 | ① 歳入<br>2 歳入<br>3 歳計外<br>4 歳基 | 会計          | 01  |
| 月 日            | 月 日              | 出付金金 |                               | 款           | 04  |
| No.            |                  |      |                               | 契約番号        | 第 号 |

### 請求書

|    |  |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |
|----|--|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 金額 |  | 拾 | 億 | 千 | 百 | 拾 | 万 | 千 | 百 | 拾 | 円 |
|----|--|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|

件名 予防接種委託料(成人用肺炎球菌) (令和 年 月分)

上記の金額を請求します。

なお、受領については、次のとおり願います。(希望の番号を○囲みする)

① 口座振替払(下記口座のとおり) 2 現金払

令和 年 月 日

住所  
氏名・印

押印を省略する場合は、記入してください。

(担当者:氏名

電話

)

鹿児島市長下鶴隆央殿

[口座振込先]

|        |    |      |      |      |
|--------|----|------|------|------|
| 金融機関名  | 種別 | 口座番号 | 請求番号 | 口座名義 |
| 銀行(金庫) | 普通 |      |      | フリガナ |
| 店      | 別貯 |      |      |      |

内訳 (①次のとおり 2別紙のとおり)

| 品名等   | 数量 | 単位 | 単価 | 金額 | 備考 |
|-------|----|----|----|----|----|
| 委託料一式 | —  | —  | 円  | 円  |    |
|       |    |    |    |    |    |
|       |    |    |    |    |    |
|       |    |    |    |    |    |
| 計     |    |    |    |    |    |

(見積書 有・**無**)

(支払方法 **1** 口座振替払…MT 2 直接払 3 口座振替払…MT外)

(支払予定日 ) (審査決裁区分会・室・係)

注意  
金額はアラビア数字で記入し、首標金額の頭に¥字を記入してください。首標金額の訂正は認めません。

|                |                  |      |  |             |     |
|----------------|------------------|------|--|-------------|-----|
| 課名             | 感染症対策課           |      | 令和 5 年度                                  | 支出(還付) 命令番号 | 第 号 |
| 1 契約係長<br>2 代行 | 1 物品検収<br>2 履行確認 | 物品受領 | 1 歳<br>2 歳 入 還 出<br>3 歳 計 外 付<br>4 基 金 金 | 会計          | 01  |
|                | 月 日              | 月 日  |  | 款           | 04  |
| No.            |                  |      |  | 契約番号        | 第 号 |
|                |                  |      |  |             |     |

例

請求書

|    |  |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |
|----|--|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 金額 |  | 拾 | 億 | 千 | 百 | 拾 | 万 | 千 | 百 | 拾 | 円 |
|    |  |   |   |   | ¥ | 3 | 7 | 9 | 3 | 7 | 1 |

件名 予防接種委託料(成人用肺炎球菌) (令和 5 年 10 月分)

上記 請求日は空白でお願いします。

なお、受領には、次のとおり願います。(希望の番号を○囲みます)

**1** 口座振替払(下記口座のとおり)

令和 年 月 日

押印をする場合、契約書の印鑑  
と同じものを使用してください。

住 所  
氏 名・印

押印を省略する場合、担当者名  
と電話番号を記入してください。

押印を省略する場合は、記入してください。  
(担当者:氏名

電話

鹿児島市長 下 鶴 隆 央 殿

[ 口座振込先 ]

|                                |           |        |                       |
|--------------------------------|-----------|--------|-----------------------|
| 金融機関名                          | 種別        | 口座番号   | 請求番号                  |
| 薩摩銀行(金庫)                       | <b>普通</b> | 123456 |                       |
| 本店                             | 当座<br>別貯蓄 |        |                       |
| フリガナ マルマルホウジンマルマルカイジチョウカゴシマタロウ |           |        | 〇〇法人〇〇会<br>理事長 鹿児島 太郎 |

内 訳 ( **1** 次のとおり 2 別紙のとおり )

| 品 名 等 | 数量 | 単位 | 単 価 | 金 額     | 備 考 |
|-------|----|----|-----|---------|-----|
| 委託料一式 | —  | —  | 円   | 379,371 |     |
|       |    |    |     |         |     |
|       |    |    |     |         |     |
|       |    |    |     |         |     |
| 計     |    |    |     | 379,371 |     |

令和5年度 成人用肺炎球菌予防接種委託料請求書兼内訳書

3-3

(令和 年 月分)

(医療機関控用)

| 種 別                 | 委託単価   | 件 数 | 金 額 |
|---------------------|--------|-----|-----|
| 自 己 負 担 有           | 5,785円 |     | 円   |
| 自 己 負 担 無           | 8,785円 |     | 円   |
| 予 診 料 ( 接 種 不 可 者 ) | 3,168円 |     | 円   |
| 合 計                 | —      | 件   | 円   |

(内訳書記入方法)  
 ①翌月初めに1か月の集計をしてください。  
 ②自己負担有無ごとに、被接種者数を記入してください。  
 ③予診料(接種不可者) 接種希望日に診察の結果、接種不可者と診断された人の件数を記入してください。  
 →別紙接種不可者受診券を提出

成人用肺炎球菌予防接種委託料を上記のとおり請求します。

また、生活保護世帯及び市民税非課税世帯について、資料を確認したことを証明します。

令和 年 月 日 所在地及び名称  
 代表者氏名

鹿児島市長 殿

(キリトリ線1)

医療機関→市医師会

令和5年度 成人用肺炎球菌予防接種委託料請求書兼内訳書

3-2

(令和 年 月分)

(市[県]医師会控用)

| 種 別                 | 委託単価   | 件 数 | 金 額 |
|---------------------|--------|-----|-----|
| 自 己 負 担 有           | 5,785円 | 件   | 円   |
| 自 己 負 担 無           | 8,785円 | 件   | 円   |
| 予 診 料 ( 接 種 不 可 者 ) | 3,168円 | 件   | 円   |
| 合 計                 | —      | 件   | 円   |

(内訳書記入方法)  
 ①翌月初めに1か月の集計をしてください。  
 ②自己負担有無ごとに、被接種者数を記入してください。  
 ③予診料(接種不可者) 接種希望日に診察の結果、接種不可者と診断された人の件数を記入してください。  
 →別紙接種不可者受診券を提出

成人用肺炎球菌予防接種委託料を上記のとおり請求します。

また、生活保護世帯及び市民税非課税世帯について、資料を確認したことを証明します。

令和 年 月 日 所在地及び名称  
 代表者氏名

鹿児島市長 殿

(キリトリ線2)

医療機関→市医師会→鹿児島市

令和5年度 成人用肺炎球菌予防接種委託料請求書兼内訳書

3-1

(令和 年 月分)

(保健所提出用)

| 種 別                 | 委託単価   | 件 数 | 金 額 |
|---------------------|--------|-----|-----|
| 自 己 負 担 有           | 5,785円 | 件   | 円   |
| 自 己 負 担 無           | 8,785円 | 件   | 円   |
| 予 診 料 ( 接 種 不 可 者 ) | 3,168円 | 件   | 円   |
| 合 計                 | —      | 件   | 円   |

(内訳書記入方法)  
 ①翌月初めに1か月の集計をしてください。  
 ②自己負担有無ごとに、被接種者数を記入してください。  
 ③予診料(接種不可者) 接種希望日に診察の結果、接種不可者と診断された人の件数を記入してください。  
 →別紙接種不可者受診券を提出

成人用肺炎球菌予防接種委託料を上記のとおり請求します。

また、生活保護世帯及び市民税非課税世帯について、資料を確認したことを証明します。

令和 年 月 日 所在地及び名称  
 代表者氏名

鹿児島市長 殿

押印を省略する場合は、記入してください。

(担当者：氏名

電話

)

**記入例**

成人用肺炎球菌予防接種委託料請求書兼内訳書  
(令和5年4月分)

(医療機関控用)

| 種別         | 委託単価   | 件数  | 金額       |
|------------|--------|-----|----------|
| 自己負担有      | 5,785円 | 20件 | 115,700円 |
| 自己負担無      | 8,785円 | 5件  | 43,925円  |
| 予診料(接種不可者) | 3,168円 | 件   | 円        |
| 合計         | -      | 25件 | 159,625円 |

(内訳書記入方法)  
①翌月初めに1か月の集計をしてください。  
②自己負担有無ごとに、被接種者数を記入してください。  
③予診料(接種不可者) 接種希望日に診察の結果、接種不可者と診断された人の件数を記入してください。  
→別紙接種不可者受診券を提出

成人用肺炎球菌予防接種委託料を上記のとおり請求します。  
また、生活保護世帯及び市民税非課税世帯について、資料を確認したことを証明します。

令和 年 月 日 所在地及び名称  
代表者氏名

ここで切り取ってください。

鹿児島市長 殿

(キリトリ線1)

医療機関→市医師会

令和5年度 成人用肺炎球菌予防接種委託料請求書兼内訳書  
(令和5年4月分)

(市[県]医師会控用)

| 種別         | 委託単価   | 件数  | 金額       |
|------------|--------|-----|----------|
| 自己負担有      | 5,785円 | 20件 | 115,700円 |
| 自己負担無      | 8,785円 | 5件  | 43,925円  |
| 予診料(接種不可者) | 3,168円 | 件   | 円        |
| 合計         | -      | 25件 | 109,625円 |

(内訳書記入方法)  
①翌月初めに1か月の集計をしてください。  
②自己負担有無ごとに、被接種者数を記入してください。  
③予診料(接種不可者) 接種希望日に診察の結果、接種不可者と診断された人の件数を記入してください。  
→別紙接種不可者受診券を提出

成人用肺炎球菌予防接種委託料を上記のとおり請求します。  
また、生活保護世帯及び市民税非課税世帯について、資料を確認したことを証明します。

令和 年 月 日 所在地及び名称  
代表者氏名

鹿児島市長 殿

(キリトリ線2)

医療機関→市医師会→鹿児島市

令和5年度 成人用肺炎球菌予防接種委託料請求書兼内訳書  
(令和5年4月分)

(保健所提出用)

| 種別         | 委託単価   | 件数  | 金額       |
|------------|--------|-----|----------|
| 自己負担有      | 5,785円 | 20件 | 115,700円 |
| 自己負担無      | 8,785円 | 5件  | 43,925円  |
| 予診料(接種不可者) | 3,168円 | 件   | 円        |
| 合計         | -      | 25件 | 109,625円 |

(内訳書記入方法)  
①翌月初めに1か月の集計をしてください。  
②自己負担有無ごとに、被接種者数を記入してください。  
③予診料(接種不可者) 接種希望日に診察の結果、接種不可者と診断された人の件数を記入してください。  
→別紙接種不可者受診券を提出

成人用肺炎球菌予防接種委託料を上記のとおり請求します。  
また、生活保護世帯及び市民税非課税世帯について、資料を確認したことを証明します。

令和 年 月 日 所在地及び名称  
代表者氏名

座版でも可です。  
法人は理事長印を個人の場合は  
代表者の印を押印してください。

鹿児島市長 殿

押印 ださい。  
(担当者：氏名 電話 )

# 令和5年度 インフルエンザ予防接種委託料請求書兼内訳書

3-3

(令和 年 月分)

(医療機関控用)

| 種 別                 | 委託単価   | 件 数 | 金 額 |
|---------------------|--------|-----|-----|
| 自 己 負 担 有           | 3,725円 | 件   | 円   |
| 自 己 負 担 無           | 5,225円 | 件   | 円   |
| 予 診 料 ( 接 種 不 可 者 ) | 3,168円 | 件   | 円   |
| 合 計                 | —      | 件   | 円   |

(内訳書記入方法)  
 ①翌月初めに1か月の集計をしてください。  
 ②自己負担有無ごとに、被接種者数を記入してください。  
 ③予診料(接種不可者) 接種希望日に診察の結果、接種不可者と診断された人の件数を記入してください。  
 →別紙接種不可者受診券を提出

インフルエンザ予防接種委託料を上記のとおり請求します。

また、生活保護世帯及び市民税非課税世帯について、資料を確認したことを証明します。

令和 年 月 日 所在地及び名称  
 代表者氏名

鹿児島市長 殿

(キリトリ線1)

医療機関→市医師会

# 令和5年度 インフルエンザ予防接種委託料請求書兼内訳書

3-2

(令和 年 月分)

(市[県]医師会控用)

| 種 別                 | 委託単価   | 件 数 | 金 額 |
|---------------------|--------|-----|-----|
| 自 己 負 担 有           | 3,725円 | 件   | 円   |
| 自 己 負 担 無           | 5,225円 | 件   | 円   |
| 予 診 料 ( 接 種 不 可 者 ) | 3,168円 | 件   | 円   |
| 合 計                 | —      | 件   | 円   |

(内訳書記入方法)  
 ①翌月初めに1か月の集計をしてください。  
 ②自己負担有無ごとに、被接種者数を記入してください。  
 ③予診料(接種不可者) 接種希望日に診察の結果、接種不可者と診断された人の件数を記入してください。  
 →別紙接種不可者受診券を提出

インフルエンザ予防接種委託料を上記のとおり請求します。

また、生活保護世帯及び市民税非課税世帯について、資料を確認したことを証明します。

令和 年 月 日 所在地及び名称  
 代表者氏名

鹿児島市長 殿

(キリトリ線2)

医療機関→市医師会→鹿児島市

# 令和5年度 インフルエンザ予防接種委託料請求書兼内訳書

3-1

(令和 年 月分)

(保健所提出用)

| 種 別                 | 委託単価   | 件 数 | 金 額 |
|---------------------|--------|-----|-----|
| 自 己 負 担 有           | 3,725円 | 件   | 円   |
| 自 己 負 担 無           | 5,225円 | 件   | 円   |
| 予 診 料 ( 接 種 不 可 者 ) | 3,168円 | 件   | 円   |
| 合 計                 | —      | 件   | 円   |

(内訳書記入方法)  
 ①翌月初めに1か月の集計をしてください。  
 ②自己負担有無ごとに、被接種者数を記入してください。  
 ③予診料(接種不可者) 接種希望日に診察の結果、接種不可者と診断された人の件数を記入してください。  
 →別紙接種不可者受診券を提出

インフルエンザ予防接種委託料を上記のとおり請求します。

また、生活保護世帯及び市民税非課税世帯について、資料を確認したことを証明します。

令和 年 月 日 所在地及び名称  
 代表者氏名

鹿児島市長 殿

押印を省略する場合は、記入してください。

(担当者:氏名

電話



(令和5年10月分)

(医療機関控用)

| 種 別                 | 委託単価   | 件 数  | 金 額      |
|---------------------|--------|------|----------|
| 自 己 負 担 有           | 3,725円 | 20 件 | 74,500円  |
| 自 己 負 担 無           | 5,225円 | 5 件  | 26,125円  |
| 予 診 料 ( 接 種 不 可 者 ) | 3,168円 | 件    | 円        |
| 合 計                 | -      | 25 件 | 100,625円 |

(内訳書記入方法)  
①翌月初めに1か月の集計をしてください。  
②自己負担有無ごとに、被接種者数を記入してください。  
③予診料(接種不可者) 接種希望日に診察の結果、接種不可者と診断された人の件数を記入してください。  
→別紙接種不可者受診券を提出

インフルエンザ予防接種委託料を上記のとおり請求します。

また、生活保護世帯及び市民税非課税世帯について、資料を確認したことを証明します。

令和 年 月 日 所在地及び名称  
代表者氏名

鹿児島市長 殿

ここで切り取ってください。

(キリトリ線1)

医療機関→市医師会

令和5年度 インフルエンザ予防接種委託料請求書兼内訳書

3-2

(令和5年10月分)

(市[県]医師会控用)

| 種 別                 | 委託単価   | 件 数  | 金 額      |
|---------------------|--------|------|----------|
| 自 己 負 担 有           | 3,725円 | 20 件 | 74,500円  |
| 自 己 負 担 無           | 5,225円 | 5 件  | 26,125円  |
| 予 診 料 ( 接 種 不 可 者 ) | 3,168円 | 件    | 円        |
| 合 計                 | -      | 25 件 | 100,625円 |

(内訳書記入方法)  
①翌月初めに1か月の集計をしてください。  
②自己負担有無ごとに、被接種者数を記入してください。  
③予診料(接種不可者) 接種希望日に診察の結果、接種不可者と診断された人の件数を記入してください。  
→別紙接種不可者受診券を提出

インフルエンザ予防接種委託料を上記のとおり請求します。

また、生活保護世帯及び市民税非課税世帯について、資料を確認したことを証明します。

平成 年 月 日 所在地及び名称  
代表者氏名

鹿児島市長 殿

(キリトリ線2)

医療機関→市医師会→鹿児島市

令和5年度 インフルエンザ予防接種委託料請求書兼内訳書

3-1

(令和5年10月分)

(保健所提出用)

| 種 別                 | 委託単価   | 件 数  | 金 額      |
|---------------------|--------|------|----------|
| 自 己 負 担 有           | 3,725円 | 20 件 | 74,500円  |
| 自 己 負 担 無           | 5,225円 | 5 件  | 26,125円  |
| 予 診 料 ( 接 種 不 可 者 ) | 3,168円 | 件    | 円        |
| 合 計                 | -      | 25 件 | 100,625円 |

(内訳書記入方法)  
①翌月初めに1か月の集計をしてください。  
②自己負担有無ごとに、被接種者数を記入してください。  
③予診料(接種不可者) 接種希望日に診察の結果、接種不可者と診断された人の件数を記入してください。  
→別紙接種不可者受診券を提出

インフルエンザ及び成人用肺炎球菌予防接種委託料を上記のとおり請求します。

また、生活保護世帯及び市民税非課税世帯について、資料を確認したことを証明します。

令和 年 月 日 所在地及び名称  
代表者氏名

鹿児島市長 殿

座版でも可です。  
法人は理事長印を個人の場合は  
代表者の印を押印してください。

押印を  
(担当者:氏名 電話