

令和7年度 鹿児島市子どもの定期予防接種 実施上の留意事項

○令和7年4月からの変更点

- ・子宮頸がんキャッチアップ接種の接種期間について、1年間の経過措置が設けられた。
(詳細は参考2をご確認ください)
- ・麻しん風しん混合ワクチンの接種期間について、定期接種の接種期間が令和6年度末で終了した方は令和9年3月31日まで2年間延長された。
(詳細は参考5をご確認ください)

【目次】

ページ

1	概要	1～3
2	予防接種による間違い	3～4
3	接種対象者への個別通知（予診票の送付）	4
4	実施	4～5
5	コッホ現象の報告	5～6
6	副反応疑い報告	6
7	予防接種健康被害救済制度	6
8	委託料（消費税相当額を含む）	7
9	委託料の請求及び支払い方法	8
10	その他	8
	定期予防接種における対象者の解釈について	参考1
	HPVワクチンについて	参考2
	5種混合・小児用肺炎球菌ワクチンについて	参考3
	予診票・母子健康手帳記入例	参考4
	麻しん風しん混合ワクチン接種について	参考5

【様式】

1	予防接種実施における確認チェックリスト	<ul style="list-style-type: none"> ・あらかじめコピーしてご利用ください。 ・本市ホームページから様式をダウンロードできます。
2	予防接種による間違い発生報告書	
3	コッホ現象事例報告書	
4	予防接種済証	
5	予防接種不可者受診券	
6	【医師会医療機関用】請求書兼内訳書	
7	【医師会外医療機関用】実施報告書及び請求書	

【お問い合わせ先】

鹿児島市保健部感染症対策課
〒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

対象疾病	接種対象年齢 () 内は標準的な接種年齢	回数	接種間隔等 () 内は標準的な接種間隔等	接種量 (ml)	接種方法
5種混合 (ジフテリア 百日せき 破傷風 急性灰白髄炎 (ポリオ) Hib 感染症)	生後2か月以上7歳6か月未満 (1期初回：生後2か月以上7か月未満)	(1期初回) 3回	それぞれ20日以上の間隔をあけて3回 (それぞれ20日～56日の間隔をあけて3回)	0.5	皮下 または 筋肉内
		(1期追加) 1回	初回の3回目終了後6か月以上の間隔をあけて1回 (クイントバック：初回の3回目終了後6か月～18か月の間隔をあけて1回) (ゴービック：初回の3回目終了後6か月～13か月の間隔をあけて1回)		
4種混合 (ジフテリア 百日せき 破傷風 急性灰白髄炎 (ポリオ))	生後2か月以上7歳6か月未満 (1期初回：生後2か月以上1歳未満)	(1期初回) 3回	それぞれ20日以上の間隔をあけて3回 (それぞれ20日～56日の間隔をあけて3回)	0.5	皮下
		(1期追加) 1回	初回の3回目終了後6か月以上の間隔をあけて1回 (初回の3回目終了後12か月～18か月の間隔をあけて1回)		
2種混合 (ジフテリア 破傷風)	11歳以上13歳未満 (11歳以上12歳未満)	1回	-	0.1	皮下
BCG (結核)	1歳未満 (生後5か月以上8か月未満)	1回	-	規定のスボイトで滴下	経皮
麻疹 風しん混合	「第1期」 1歳以上2歳未満	(1期) 1回	-	0.5	皮下
	「第2期」 平成31年4月2日～令和2年4月1日生 (小学校就学前の1年間)	(2期) 1回			
	※定期接種の接種期間が令和6年度末で終了した方については参考5をご確認ください				
日本脳炎	「第1期」生後6か月以上7歳6か月未満 (初回は、3歳以上4歳未満) (追加は、4歳以上5歳未満) ※3歳未満での接種量は 0.25ml	(初回) 2回	6日以上の間隔をあけて2回 (6日～28日の間隔をあけて2回)	0.5	皮下 ※3歳未満の接種量は 0.25
		(追加) 1回	初回の2回目終了後6か月以上の間隔をおいて1回 (初回の2回目終了後おおむね1年の間隔をおいて1回)		
	「第2期」9歳以上13歳未満 (9歳以上10歳未満)	1回	-		
	「特例」平成17年4月2日～平成19年4月1日生で接種が完了していない者	未接種分	20歳になる前日まで		
ヒブ感染症	生後2か月以上5歳未満	(初回) 3回	それぞれ27日以上の間隔をあけて3回、2回目および3回目は1歳未満までに終了 (それぞれ27日～56日の間隔をあけて3回)	0.5	皮下
			(追加) 1回		
		(初回) 2回	それぞれ27日以上の間隔をあけて2回、2回目は1歳未満までに終了 (それぞれ27日～56日の間隔をあけて2回)		
			(追加) 1回		
	初回接種開始時に1歳以上5歳未満の場合	1回	-		

対象疾病	接種対象年齢 () 内は標準的な接種年齢		回数	接種間隔等 () 内は標準的な接種間隔等	接種量 (m l)	接種方法
肺炎球菌 感染症 (15価) (20価)	生後2か月 以上 5歳未満	初回接種開始時に 生後2か月以上7か月未満 の場合	(初回) 3回	それぞれ27日以上の間隔をあけて 3回、2回目及び3回目は2歳未満 までに終了。ただし、2回目接種が 1歳以上の場合、3回目の接種は行 わない。 (それぞれ27日以上の間隔をあけて 3回、2回目および3回目の接種は 1歳未満までに終了)	0.5	皮下 ・ 筋肉内
			(追加) 1回	初回の3回目終了後60日以上の間 隔をあけて1歳以降に1回 (初回の3回目終了後60日以上の間 隔をあけて1歳以上1歳3か月まで に1回)		
		初回接種開始時に 生後7か月以上1歳未満の 場合	(初回) 2回	それぞれ27日以上の間隔をあけて 2回、2回目は2歳未満までに終了 (それぞれ27日以上の間隔をあけて 2回、2回目の接種は1歳未満まで に終了)		
			(追加) 1回	初回の2回目終了後60日以上の間 隔をあけて1歳以降に1回 (初回の2回目終了後60日以上の間 隔をあけて1歳以上1歳3か月まで に1回)		
		初回接種開始時に 1歳以上2歳未満の場合	(初回) 1回 (追加) 1回	60日以上の間隔をあけて2回		
		初回接種開始時に 2歳以上5歳未満の場合	1回	-		
HPV (子宮頸がん) 〔子宮頸がん予防接種 に関する情報〕 	【従来の定期接種】 12歳になる日の属 する年度の初日から 16歳となる日の属 する年度の末日まで の間にある女子	(2価) サーバリックス	3回	1か月以上間隔をあけて2回、1回 目から6か月以上間隔をあけて1回 ※「1か月以上」…次の月の同じ日 以降	0.5	筋肉
		(4価) ガーダシル	3回	2か月以上間隔をあけて2回、1回 目から6か月以上間隔をあけて1回		
		(9価) シルガード9	3回 2回	2か月以上間隔をあけて2回、1回 目から6か月以上間隔をあけて1回 <u>1回目の接種を15歳になるまでに 受ける場合に限る。</u> 6月の間隔をお いて1回。 <u>ただし、5歳未満の間隔で2回目 の接種をした場合、2回目の接種 から3月以上の間隔をおいて3回 目の接種が必要となる。</u>		
水痘	1歳以上3歳未満 (1回目は1歳以上1歳3か月未満) ※水痘既往歴がある者は定期接種対象外		2回	1回目終了後3か月以上の間隔をあ けて1回 (1回目終了後6か月～12か月の間 隔をあけて1回)	0.5	皮下
B型肝炎	1歳未満 (生後2か月以上9か月未満)		3回	27日以上の間隔をあけて2回、 1回目から139日以上の間隔を あけて1回	0.25	皮下
ロタウイルス 感染症	ロタリックス (1価)	出生6週0日後～ 24週0日まで	2回	27日以上の間隔をあけて2回	1.5	経口
	ロタテック (5価)	出生6週0日後～ 32週0日まで	3回	27日以上の間隔をあけて3回	2.0	

※ロタウイルスワクチンの初回接種については、生後2月に至った日から出生14週6日後までの間を標準的な接種期間として実施すること。出生15週0日後以降の初回接種については安全性が確立されておらず、出生15週0日後以降に初回接種をおこなう場合、十分に説明を行い、同意を得られた場合に接種すること。

2 予防接種による間違い

予防接種の実施にあたっては、かねてから適正な接種に努めるようお願いしていますが、本市において、令和6年に起こった接種間違い事例は20件でした（令和6年12月27日時点）。近年、接種スケジュールが複雑化しておりますので、接種に際しては、これまで以上に接種対象年齢や接種間隔等の確認を徹底し、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。

特に、日本脳炎予防接種は、以下の間違いが多いのでご注意ください。

- ・『1期初回2回目』と『追加接種』との間隔。最低6か月以上の間隔を空ける必要があります。
- ・日本脳炎特例の年齢の方が接種する場合で、平成23年5月20日までに1回以上接種したことがある場合にのみ、例外的に6か月未満の間隔で接種することを認めています。
- ・3歳未満で接種する場合は接種量が半量(0.25ml)です。

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。

(1) 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。

(2) 令和6年 本市における接種間違い発生状況(20件)【参考】令和4年：42件、令和5年：35件

	間違いの内容	具体例
1	接種ワクチンの誤認	・1回目にロタテックを接種したが、2回目にロタリックスを接種した。
2	対象者の誤認	・ロタウイルスワクチン（ロタリックス）の2回目は、出生24週までに接種を行うところ、期限を過ぎて接種した。
3	不必要な接種	・日本脳炎ワクチンの追加接種を、接種対象年齢を過ぎた者に接種した。
4	接種間隔	<ul style="list-style-type: none"> ・四種混合ワクチンの追加接種を、前回接種から6月以上の間隔を空けずに接種した。 ・ヒブワクチンの追加接種を、前回接種から7月以上の間隔を空けずに接種した。 ・B型肝炎ワクチンの2回目を、1回目から27日以上の間隔を空けずに接種した。 ・B型肝炎ワクチンの3回目を、1回目から139日以上の間隔を空けずに接種した。 ・日本脳炎ワクチンの追加接種を、前回接種から6月以上の間隔を空けずに接種した。 ・子宮頸がんワクチン（2価）の2回目を、前回接種から1月以上の間隔を空けずに接種した。 ・子宮頸がんワクチン（9価）の2回目を、前回接種から1月以上の間隔

	<p>を空けずに接種した。</p> <ul style="list-style-type: none"> 小児用肺炎球菌ワクチンの2回目を、前回接種から27日以上の間隔を空けずに接種した。 小児用肺炎球菌ワクチンの3回目を、前回接種から27日以上の間隔を空けずに接種した。 水痘ワクチンの2回目を、前回接種から3月以上の間隔を空けずに接種した。
--	---

3 接種対象者への個別通知（予診票の送付）

予診票の種類	送付時期
<ul style="list-style-type: none"> 5種混合 4種混合 BCG（結核） 麻しん風しん混合（1期） 日本脳炎（1期） ヒブ感染症 肺炎球菌感染症 水痘 B型肝炎 ロタウイルス 	<p>誕生月の翌月の中旬頃に送付 （1つの封筒にまとめて送付）</p> <p>※令和5年4月生まれの乳幼児から左記予診票がまとまった「こどもの予防接種手帳」を送付しています。また、手帳には、麻しん風しん混合第2期、おたふくかぜの予診票も含まれています。</p>
<ul style="list-style-type: none"> 日本脳炎（2期） 	9歳の誕生月の翌月に送付
<ul style="list-style-type: none"> 麻しん風しん混合（2期） 	6歳になる年度の4月に送付 （幼稚園・保育園の“年長組”の年度）
<ul style="list-style-type: none"> 2種混合 	小学6年生へ、4月に送付
<ul style="list-style-type: none"> HPV（子宮頸がん） 	小学6年生の女子へ、4月に送付

こどもの予防接種手帳のイメージ



予診票の紛失、不達等により手元に予診票がない場合は、保護者等からの依頼により送付します。また、転入者（0歳～2歳児）へは、転入時の年齢に応じて、転入された月の翌月中旬に送付します。※3歳以上の方の未接種分については感染症対策課へ問い合わせが必要です。

4 実施手順

(1) 対象者の確認

- ① 鹿児島市に住所を有しない方への接種は、鹿児島市から委託料は支払われません。
※鹿児島県内に住所を有する方への接種は、鹿児島県の相互乗り入れ医療機関で接種を行えば県の医師会を通じて住所を有する自治体から委託料が支払われます。（P.8の「10 その他」鹿児島県相互乗り入れ制度についてを参照してください。）
- ② 母子健康手帳で、接種対象年齢や接種間隔、予防接種の履歴を確認し、予防接種による間違いが起らないようにしてください。
※接種対象年齢や接種間隔等については、1、2ページの「概要」や「予防接種ガイドライン」等を参考にしてください

(2) 予診票の記入

- ① 予診票は、2枚複写（「鹿児島市提出用」（もしくは『保健所提出用』）と「医療機関控用」）になっています。

- ② 予診票右上の「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（もしくは手書きで記載）してあるかを確認してください。無い場合は、感染症対策課にお問い合わせください。

(3) 医師の予診・説明

- ① 体温を測定してください。
- ② 接種前に、医師は予診票をチェックし、必要に応じて追加質問し、さらに診察した上で、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保護者に十分説明をし、保護者が理解し、同意していることを確認してください。

(4) 署名等

- ① 接種可能となった場合、医師記入欄の（実施できる）に○印と、医師の氏名を記載してください。
- ② 予診票下の保護者自署欄（同意します・同意しません）のいずれかに○印と、保護者署名（フルネームで）を記入してもらってください。

(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、母子健康手帳の記入と異なるないように、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、他のスタンプなどで不明瞭にならないようにしてください。

(6) 母子健康手帳への記載

- ① 予防接種後は母子健康手帳の「予防接種の記録」欄に接種年月日・使用ワクチンロット番号・実施場所等の記入をしてください。
- ② 保護者が母子健康手帳を持参しなかった場合には、「予防接種済証」に必要事項を記載してお渡しください。
- ③ 「予防接種済証」の様式は、本市ホームページからダウンロードできます。
鹿児島市ホームページ>子どもの予防接種>予防接種済証の交付

(7) 予診票の保管

予診票（医療機関控用）はカルテに貼付し5年間保管しておいてください。

5 コッホ現象の報告

健常者がBCGを初めて接種した場合は、接種後10日頃に針痕部位に発赤が生じ、接種後1月から2月までの頃に化膿巣が出現します。

一方、結核菌の既感染者にあつては、接種後10日以内に接種局所の発赤・腫脹及び針痕部位の化膿等を来し、通常2週間から4週間後に消炎、瘢痕化し、治癒する一連の反応が起こることがあり、これを「コッホ現象」といいます。

- ① コッホ現象と診断された場合は、「コッホ現象事例報告書」と「予診票」をFAXにて感染症対策課に提出し、お電話ください。

- ② 局所の経過を観察するため、保護者へ写真等での記録をしておくように依頼してください。必要に応じ、中央保健センター（鴨池）にてツベルクリン反応検査を実施します。
- ③ なお、コッホ現象は副反応疑い報告基準には該当しませんので、副反応疑い報告は不要です。

6 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（保護者の同意は不要です）。定期接種だけではなく、任意接種も同じ様式で報告できます。

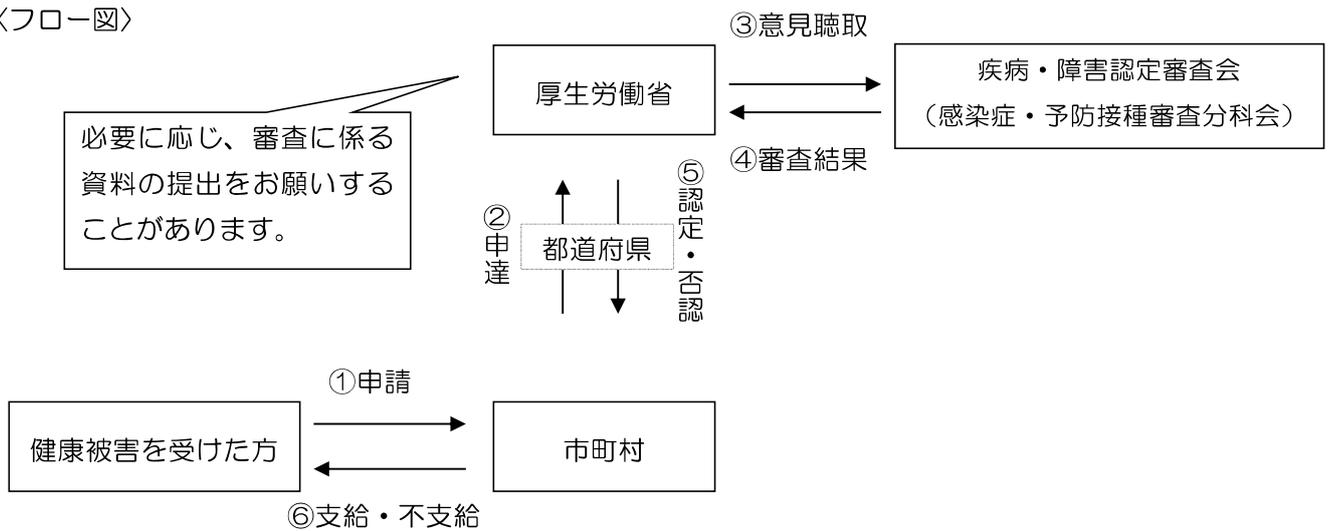
この報告は「医薬品、医療機器等の品質、有効性及び安全性の確保等に関する法律」の規定による報告としても取り扱うこととするため、改めて報告することは不要となります。

医薬品医療機器総合機構への報告専用FAX番号：0120-176-146

7 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。

〈フロー図〉



8 委託料（消費税相当額を含む）

(1) 委託料単価

対象疾病(ワクチン)		委託料単価
5種混合	沈降精製百日せきジフテリア破傷風不活化ポリオヘモフィルスb型混合ワクチン(DPT-IPV-Hib)	20,526 円
4種混合	沈降精製百日せきジフテリア破傷風不活化ポリオ混合ワクチン(DPT-IPV)	11,726 円
3種混合	沈降精製百日せきジフテリア破傷風混合ワクチン(DPT)	6,127 円
不活化ポリオ	不活化ポリオワクチン(IPV)	10,461 円
2種混合	沈降精製ジフテリア破傷風混合トキソイド(DT)	5,071 円
結核	BCGワクチン	13,046 円
麻しん風しん混合	乾燥弱毒生麻しん風しん混合ワクチン	11,176 円
日本脳炎1期	乾燥細胞培養日本脳炎ワクチン	8,041 円
日本脳炎2期		7,216 円
日本脳炎特例		
ヒブ感染症	乾燥ヘモフィルスb型ワクチン	9,308 円
小児の肺炎球菌感染症	沈降15価肺炎球菌結合型ワクチン	12,386 円
	沈降20価肺炎球菌結合型ワクチン	
HPV(子宮頸がん)	組換え沈降2価ヒトパピローマウイルス様粒子ワクチン	16,841 円
	組換え沈降4価ヒトパピローマウイルス様粒子ワクチン	16,841 円
	組換え沈降9価ヒトパピローマウイルス様粒子ワクチン	26,994 円
水痘	乾燥弱毒生水痘ワクチン	9,416 円
B型肝炎	組換え沈降B型肝炎ワクチン	6,835 円
ロタウイルス感染症	経口弱毒生ヒトロタウイルスワクチン(ロタリックス)	14,696 円
	5価経口弱毒生ロタウイルスワクチン(ロタテック)	9,669 円

(2) 接種不可者委託料

令和7年度の1件あたりの接種不可者委託料（消費税及び地方消費税の額を含む）は次のとおりです。

	1件あたりの単価
接種不可者委託料（予診料）	3,201円

※接種不可者とは、予防接種前の予診の結果、異常が認められ当日の予防接種が不適当と判断した者を行います。ただし、診療を行った場合には接種不可者の対象とならないのでご注意ください。

9 委託料の請求及び支払い方法

	市医師会会員の医療機関	市医師会会員ではない医療機関
提出書類	<p>① 鹿児島市定期予防接種 請求書兼内訳書 (3枚複写)</p> <p>1/3〔鹿児島市提出用〕 2/3〔医師会提出用〕 } 市医師会へ提出</p> <p>3/3〔医療機関控用〕 → 各医療機関で保管</p> <p>② 予診票(2枚複写)</p> <p>1枚目…市医師会へ提出 2枚目…各医療機関で保管</p>	<p>① 予防接種委託契約実施報告書</p> <p>② 請求書</p> <p>③ 予診票(2枚複写)</p> <p>1枚目…鹿児島市へ提出 2枚目…各医療機関で保管</p>
提出期限	接種した翌月 10日まで	接種した翌月 15日まで
提出先	鹿児島市医師会事務局	鹿児島市
振込時期	本市が市医師会から請求書を受領後、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領後、30日以内に指定された口座に支払われます。

- ・予診票の保護者の署名の記入漏れ等がないこと等不備がないことを確認してください。
- ・ワクチンの種類ごとに件数を数えてください。
- ・5種混合、4種混合、ヒブ感染症、日本脳炎などの接種が複数回ある予診票は、接種回数の順番ごとに揃えてから添付してください。

10 その他

「鹿児島県相互乗り入れ制度」について

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。

「償還払い制度」について

鹿児島市に住民登録がある者が里帰り等の理由により、県外（任意予防接種は市外）の医療機関において予防接種を公費負担にて接種しようとする場合、必ず、接種前に手続きを行う必要があります。保護者から相談があった場合には、感染症対策課をご案内いただきますようお願いいたします。

【対象となる予防接種】

- ・定期予防接種(高齢者のインフルエンザ、肺炎球菌、新型コロナウイルス感染症及び带状疱疹を除く)
- ・おたふくかぜ予防接種(任意予防接種)

定期の予防接種における対象者の解釈について

『●歳に達した時』の考え方

年齢は出生の日から起算され、期間はその末日の終了をもって満了するため、翌年の誕生日の前日（24時）に1歳年をとると考えます。

例えば、令和2年4月1日生まれの人であれば、令和3年3月31日（24時）に1歳に達したと考えます。

『●歳に達するまで』の考え方

誕生日の前日（24時）に1歳年をとると考えますので、令和2年4月1日生まれの人であれば、『1歳に達するまで』と言った場合、『令和3年3月31日まで』という意味になります。

*『達するまで』は、『至るまで』、『至った日まで』と同義であり、3月31日は含まれます。

『●歳以上』の考え方

誕生日の前日（24時）に1歳年をとると考えますので、令和2年4月1日生まれの人であれば、『1歳以上から接種可能』と言った場合、『令和3年3月31日から接種可能』という意味になります。

*厳密には24時に1歳年をとるので、3月31日であっても0時から24時に至るまでは、1歳に達していませんが、真夜中の24時に接種を受けられることは通常想定されないため、日中でも接種を受けられるように配慮したものです。

『●歳未満』の考え方

誕生日の前日（24時）に1歳年をとると考えますので、令和2年4月1日生まれの人であれば、『1歳未満まで接種可能』と言った場合、『令和3年3月31日まで接種可能』という意味になります。

*『●歳以上』の考え方では、被接種者の都合を考慮して、厳密には接種対象年齢には達していない時間帯も含めて、3月31日の丸一日を接種可能日としました。

一方、『●歳未満』の考え方では、厳密に前日（24時）に1歳年をとると考えて、3月31日24時に至るまでは接種可能とするものです。

『●歳に至った日』の考え方

誕生日の前日（24時）に1歳年をとると考えますので、令和2年4月1日生まれの人であれば、『1歳に至った日』は、『令和3年3月31日』を指します（3月31日は含まれます。）。

『●歳に至った日の翌日』の考え方

誕生日の前日に1歳年をとると考えますので、令和2年4月1日生まれの人であれば、『1歳に至った日の翌日』と言った場合、『令和3年4月1日』を指します。

『●歳に至るまで』の考え方

誕生日の前日（24時）に1歳年をとると考えますので、令和2年4月1日生まれの人であれば、『1歳に至るまで』と言った場合、『令和3年3月31日まで』という意味になります（3月31日は含まれません。）。

『生後1月に至るまで』の考え方

単位が月になった場合、暦に合わせて翌月の同日の前日に、1月が経過したと考えます。したがって、令和2年4月1日生まれの人であれば、翌月の同日（5月1日）の前日（4月30日）に生後1月を迎えたと考えます。

なお、翌月に同日となる日が存在しない場合には、翌月の最後の日に1月経過したと考えます。例えば、令和2年1月31日生まれの人であれば、2月29日に生後1月を迎えたと考えます。

『●歳に至るまでの間』の考え方

誕生日の前日（24時）に1歳年をとると考えますので、令和2年4月1日生まれの人であれば、『1歳に至るまでの間』と言った場合、『令和3年3月31日になるまで』という意味になります。

*3月31日までは対象となりますが、4月1日は対象外となります。

『生後3月から生後6月に至るまでの間』の考え方

令和2年4月1日生まれの人であれば、7月1日の前日（6月30日）に生後3月を迎えたと考えます。同様に、生後6月であれば、10月1日の前日（9月30日）に生後6月を迎えたと考えます。

したがって、この場合、『生後3月から生後6月に至るまでの間』とは『6月30日から9月30日までの期間内』ということになります。

『出生●週●日後から』の考え方

生まれた日の翌日から起算して、生まれた日の翌日を出生0週1日後と考えます。また、『出生●週●日後から』とは、『●週●日後』の日を含みます。

例えば、令和2年4月1日生まれの人であれば、『出生1週後から』と言った場合、『令和2年4月8日から』という意味になります（4月8日は含まれます。）。

*『出生●週●日後から』は、『生後●週に至った日の翌日から』と同義であり、4月8日は含まれます。

『出生●週●日後まで』の考え方

生まれた日の翌日から起算して、生まれた日の翌日を出生0週1日後と考えます。また、『出生●週●日まで』とは、『●週●日後』の日を含みます。

例えば、令和2年4月1日生まれの人であれば、『出生1週6日後まで』と言った場合、『令和2年4月14日まで』という意味になります（4月14日は含まれます。）。

*『出生●週●日まで』は、『生後●週に至る日の翌日まで』と同義であり、4月14日は含まれます。

HPVワクチンキャッチアップ接種について

1. HPVワクチンキャッチアップ接種の経過措置について

キャッチアップ接種期間が「令和4年4月1日～令和7年3月31日まで」であるところ、令和6年夏以降のワクチン需要の大幅な増加に伴う限定出荷の状況等を踏まえ、キャッチアップ接種期間中の3年間に1回以上接種している者については、期間終了後も公費で3回の接種を完了できるよう、経過措置を設けることとなりました。

2. 対象者について

従来のキャッチアップ接種の対象者（平成9年4月2日から平成20年4月1日生まれ的女子）に加え、令和7年度に新たに定期接種の対象から外れる方（平成20年4月2日から平成21年4月1日生まれ的女子）も対象となりました。

※予診票は、現行のものを使用可。平成20年4月2日から平成21年4月1日生まれ的女子も同様に現行の予診票を使用可。

3. 接種期間について

現行のキャッチアップ接種期間（令和4年4月1日から令和7年3月31日）から1年間（令和8年3月31日まで）延長します。

HPVワクチンについて

1. 9価HPVワクチンの定期接種化と9価HPVワクチンの2回接種について

令和5年4月から9価HPVワクチンは、定期予防接種に追加され、15歳未満の女子に限り、少なくとも5か月以上の接種間隔を空けて2回で接種を完了することも可能となりました。（次ページ参照）

2. HPVワクチンの交互接種の取扱いについて

① キャッチアップ接種対象者について

HPVワクチンは、原則として、1回目に接種したワクチンと同じワクチンを継続して3回目まで接種しますが、キャッチアップ接種対象者のうち、過去に接種したワクチンの種類が不明である場合、キャッチアップ接種を実施する医療機関の医師と被接種者とで十分に相談した上で、接種するワクチンの種類を選択することとなっております。

② 9価ワクチンについて

これまでに2価または4価ワクチンを1回または2回接種した方は、同じ種類のワクチンを接種することを原則としていますが、適切な情報提供に基づき、医師と被接種者等がよく相談した上であれば途中から9価ワクチンに変更し、残りの接種を完了することができます。

3. HPVワクチンに関する相談窓口

●鹿児島県の相談窓口

（総合窓口）

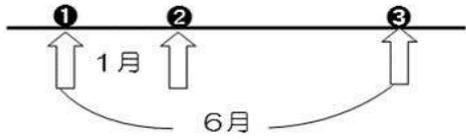
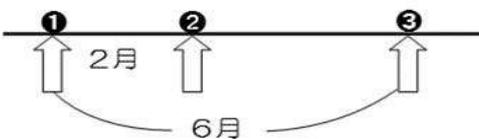
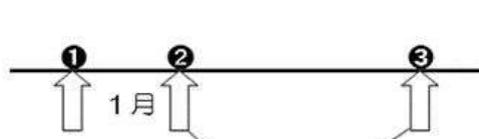
- ・鹿児島県保健福祉部感染症対策課感染症保健予防係
- ・電話番号：099-286-2724
- ・受付時間：月曜日から金曜日の午前9時から午後5時（祝日、年末年始を除く）

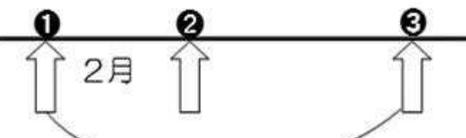
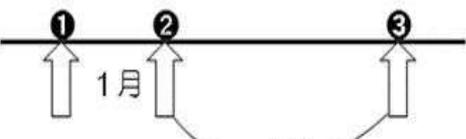
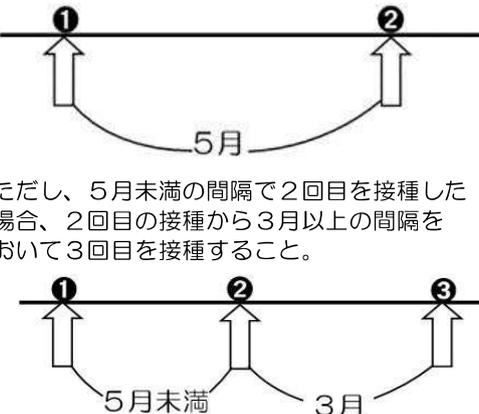
（教育に関する総合窓口）

- ・鹿児島県教育庁保健体育課健康教育係
- ・電話番号：099-286-5318

●鹿児島県では、HPVワクチンの予防接種後に生じた症状の診療に係る協力医療機関として、「鹿児島大学病院」が設置されています。電話番号：099-275-5168

4. 接種間隔について

ワクチン	2価（サーバリックス®）	4価（ガーダシル®）
標準的な接種間隔	<ul style="list-style-type: none"> 初回接種から1か月後に2回目 初回接種から6か月後に3回目 	<ul style="list-style-type: none"> 初回接種から2か月後に2回目 初回接種から6か月後に3回目 
上記の方法をとることができない場合	<ul style="list-style-type: none"> 初回接種から1月以上の間隔をおいて2回目 初回接種から5月以上、かつ2回目の接種から2月半以上の間隔をおいて3回目 	<ul style="list-style-type: none"> 初回接種から1月以上の間隔をおいて2回目 2回目の接種から3月以上の間隔をおいて3回目 

9価（シルガード®9）		
接種回数	3回	2回
接種年齢	1回目の接種を15歳 <u>以上</u> で受ける場合	1回目の接種を15歳 <u>未満</u> で受ける場合
標準的な接種間隔	<ul style="list-style-type: none"> 初回接種から2か月後に2回目 初回接種から6か月後に3回目 （4価ワクチンと同様） 	<ul style="list-style-type: none"> 初回接種から6月の間隔をおいて2回目 
上記の方法をとることができない場合	<ul style="list-style-type: none"> 初回接種から1月以上の間隔をおいて2回目 2回目の接種から3月以上の間隔をおいて3回目 （4価ワクチンと同様） 	<ul style="list-style-type: none"> 初回接種から5月以上の間隔をおいて2回目 <p>ただし、5月未満の間隔で2回目を接種した場合、2回目の接種から3月以上の間隔をおいて3回目を接種すること。</p> 

5種混合ワクチンについて

1. 5種混合ワクチンの定期接種化について

- (1) 現行の「4種混合ワクチン」に「ヒブワクチン」を混合した「5種混合ワクチン」が令和6年4月1日から定期接種となりました。
- (2) 接種対象者は4種混合と同様の「生後2月から生後90月（7歳6か月）に至るまでの間の者」となります。
- (3) 接種方法は、皮下または筋肉内注射が可能です。（4種混合は現行どおり皮下接種のみ）
- (4) 定期接種で使用するワクチンは「5種混合ワクチン」を基本とするが、当面の間は4種混合ワクチン及びヒブワクチンも使用可能です。

2. 4種混合ワクチン及び5種混合ワクチンの「クイントバック®」と「ゴービック」との交接種の取扱いについて

- (1) 4混及びHibワクチンと5混ワクチンについては、原則として同一種類のワクチンを必要回数接種することとしていますが、原則的な方法によることができないやむを得ない事情があると認める場合には交接種が可能です。（5種混合ワクチンの「クイントバック®」と「ゴービック」の交接種についても同様です。）ただ、交接種については、科学的知見が十分あるわけではなく、接種スケジュールも複雑化するので、標準的方法を網羅的に示すことはできませんが、国の審議会での議論等を踏まえ、例えば以下のいずれかの方法又はこれに準ずる方法により接種を実施して差し支えないとされています。

ア 4混及びHibを初回接種として1回実施→5混を初回接種として2回接種した後、追加接種として1回接種。

イ 4混及びHibを初回接種として2回実施→5混を初回接種として1回接種した後、追加接種として1回接種。

ウ 4混及びHibを初回接種として3回実施→5混を追加接種として1回接種。

- (2) 4混及びHibワクチンの接種回数が異なる場合については、4混ワクチン及びHibワクチンに含まれる各成分について、添付文書に定められる接種回数以上の回数接種した場合の科学的知見が明らかになっていないことから、成分毎に必要な回数が充足し、かつ過剰とならないよう接種してください。

【接種方法の一例】

- 初回接種で4混を2回、Hibを1回実施
- 初回接種として5混を1回、Hibを1回接種。追加接種として5混を1回接種
- 初回接種で4混を3回、Hibを1回接種→Hibは2回接種。追加接種として5混を1回接種

※ なお、接種間隔については、後から接種するワクチンから見て、前の接種との間隔が添付文書の通りとなるよう、必要な間隔を確保してください。

※ 4種混合ワクチン及びHibワクチンと5種混合ワクチンについては、原則として同一のワクチンを必要な回数接種することとし、原則的な方法によることができないやむを得ない事情があると認めた場合には交接種が可能となっておりますが、4種混合ワクチンの販売終了に伴い同一のワクチンでの定期接種の完了ができない場合は、5種混合ワクチンで定期接種を完了しても差し支えありません。

3. 予診票の記載について

- (1) 予診票について、5種混合ワクチンを接種する際、保護者が5種混合の予診票を所持していない場合は、4種混合の予診票を使用してください。なお、予診票の記入については、[参考4](#)の記入例をご確認いただいたうえでご対応ください。また、接種するワクチンは5種混合か4種混合どちらか保護者に確認を行ったうえで接種してください。
 - (2) 5種混合ワクチンを接種する際、母子健康手帳の記載については、4種混合及びヒブ両方の欄に記録するようにしてください。詳細は別紙の記入例をご確認ください。
- ※ 5種混合ワクチンを接種した場合、4種混合ワクチン、ヒブワクチンの予診票は使用しませんので保護者に破棄するようお伝えください。

小児用肺炎球菌15価ワクチンについて

1. 小児用肺炎球菌15価ワクチンの定期接種化について

- (1) 小児用肺炎球菌15価ワクチンが令和6年4月1日から定期接種となりました。
- (2) 対象者、接種間隔、接種回数、接種量は令和6年9月30日まで定期接種だった小児用肺炎球菌13価ワクチンと変更はありませんが、「[筋肉内注射](#)」が可能です。

2. 小児用肺炎球菌13価ワクチンとの交接種の取扱いについて

13価ワクチンを使用して1回目、2回目又は3回目までの接種を終了した者の接種について、残りの接種を15価ワクチンで行うことができます。

3. 予診票の記載について

筋肉内注射を行う場合、記入の仕方は、別紙の記入例をご確認ください。

小児用肺炎球菌20価ワクチンについて

1. 小児用肺炎球菌20価ワクチンの定期接種化について

- (1) 令和6年10月1日から小児用肺炎球菌13価ワクチンが定期接種対象外となり、小児用肺炎球菌20価ワクチンが定期接種となりました。
- (2) 対象者、接種間隔、接種回数、接種量は現行の15価ワクチンと同様です。
- (3) 定期接種で使用するワクチンは20価ワクチンを基本とすることとなりますが、当面の間は既存の15価ワクチンも使用可能です。

2. 小児用肺炎球菌20価ワクチンとの交接種の取扱いについて

13価ワクチンを使用して1回目、2回目又は3回目までの接種を終了した者の接種について、残りの接種を20価ワクチンで行うことができます。

ただし、15価ワクチンを使用して1回目、2回目又は3回目までの接種を終了した者の接種については、原則として同一種類のワクチンを必要回数接種することとしていますが、原則的な方法によることができないやむを得ない事情があると認める場合には20価ワクチンとの交接種が可能です。

3. 予診票の記載について

筋肉内注射を行う場合、記入の仕方は、[参考4](#)をご確認ください。

予診票及び母子健康手帳の記入例については、[参考4](#)を参照

《 5 種混合ワクチン接種時の母子健康手帳の記入例 》

予防接種の記録 (1)

Immunization Record

感染症から子ども（自分の子どもはもちろん、周りの子どもたちも）を守るために、予防接種は非常に効果の高い手段の一つです。子どもたちの健康を守るために予防接種の効果と副反応をよく理解し、子どもに予防接種を受けさせましょう。

ワクチンの種類 Vaccine	接種年月日 Y/M/D (年 月 日)	メーカー又は製剤名/ロット Manufacturer or Brand name/Lot No.	接種者名 Physician	備 考 Remarks
インフルエンザ菌b型 (Hib) Haemophilus type b	1回	00.00.00	5混	
	2回	00.00.00	5混	←「5混」と記載
	3回	△△.△△.△△	5混	
追加	ヒブ欄にも同じ日付で記入			
小児肺炎球菌 Streptococcus pneumoniae	1回			
	2回			
	3回			
追加				
B型肝炎 Viral Hepatitis type B	1回			
	2回			
	3回			
ロタウイルス Rotavirus	1回			
	2回			
	3回			

※ 5 種混合ワクチン
ロタウイルス
ワクチンのみ
3 回目を接種

予防接種の記録 (2)

Immunization Record

ジフテリア・百日せき・破傷風・ポリオ
Diphtheria・Pertussis・Tetanus・Polio

時期	ワクチンの種類 Vaccine	接種年月日 Y/M/D (年 月 日)	メーカー又は製剤名/ロット Manufacturer or Brand name/Lot No.	接種者名 Physician	備 考 Remarks
第1期 初回	DPT-IPV-Hib	00.00.00	(メーカー名) A 1 1 1 1	(医師名)	
	DPT-IPV-Hib	00.00.00	(メーカー名) B 2 2 2 2	(医師名)	
	DPT-IPV-Hib	△△.△△.△△	(メーカー名) C 3 3 3 3	(医師名)	
第1期 追加	5種混合分を4種混合欄に記入				
第2期 27ヶ月接種 27month 2dose					

BCG			
接種年月日 Y/M/D (年 月 日)	メーカー又は製剤名/ロット Manufacturer or Brand name/Lot No.	接種者名 Physician	備 考 Remarks

ワクチンの種類 Vaccine	接種年月日 Y/M/D (年 月 日)	メーカー又は製剤名/ロット Manufacturer or Brand name/Lot No.	接種者名 Physician	備 考 Remarks
麻疹 Measles ・ 風疹 Rubella	第1期			
	第2期			
水痘 Varicella	1回			
	2回			

52
53

麻しん風しん混合ワクチン接種について

麻しん風しん混合ワクチンの出荷停止を受け、一部地域において、接種者のもとにワクチンが届くまでの供給の接続が上手くいっておらず、局地的かつ一時的に大幅なワクチンの偏在等が生じており、一定程度、年度内に接種を受けられない者がいると見込まれることから、厚生労働省より、取扱いが示されました。

1. 麻しん風しん混合ワクチン接種期間の延長について

令和7年4月1日から令和9年3月31日までの2年間、接種対象期間を延長します。

2. 対象者について

対象となる方は、定期接種の接種期間が令和6年度末で終了する方です。

第1期・・・ 令和6年度内に生後12月から生後24月に達した方

第2期・・・ 令和6年度に5歳以上7歳未満の者で、小学校就学前の方
(平成30年4月2日～平成31年4月1日生まれの方)

第5期・・・ 昭和37年4月2日から昭和54年4月1日生まれの男性で令和6年度末までに抗体検査を実施した結果、風しんの抗体が不十分な方

※予診票は、現行のものを使用可。第1期及び第2期は特別な申請は不要。

重要

第5期は事前に感染症対策課への申請が必要です。

3. 第5期の請求までの流れ

- ①被接種者が感染症対策課へ「麻しん及び風しんの定期予防接種に係る特例措置対象者該当理由書」を提出。
- ②感染症対策課から下図のような通知文と予診票が交付されるので医療機関へ持参。
- ③医療機関は通知文と予診票があることを確認し、接種を行う。
- ④毎月の請求時に通知文を予診票の後ろにホッチキス留めする。

※請求様式は定期予防接種の「その他」欄をご使用ください。

委託料：10,351円(税込) / 件

「麻しん及び風しんの定期予防接種に係る特例措置対象者該当理由書」

鹿児島市 麻 令和 年 月 日

鹿児島市長 麻

麻しん及び風しんの定期予防接種に係る特例措置対象者該当理由書

予防接種法施行令第3条第2項の規定に基づき特定疾病に係るワクチンの大幅な供給不足その他これに類する事由により定期接種を受けることができなかった者が、今後、特別の事情がなくなり、定期接種を受けるため、理由書を提出します。

被接種者	住所	鹿児島市
	電話番号	()
(19行) 氏名	生年月日	年 月 日 (満 歳)
	性別	()
特別な事情の内容	(該当理由) 麻しん風しん混合ワクチンの偏在等が生じたことにより、接種対象期間内に定期接種が受けられなかったため。 (予防接種不相当原因が生じた日) 令和6年 4月 1日 (予防接種不相当原因が解消された日) 令和7年 4月 1日	
今回実施する予防接種の種類	麻しん風しん混合 (MR) 第5期	
接種予定日	令和 年 月 日	
抗体検査実施日	令和 年 月 日	
抗体検査結果	検査方法 () 法	抗体価 () 倍・EIA法・IU/ml

この理由書は、定期予防接種の特例措置対象者に該当するかどうかを判断することを目的としています。このことを理解の上、本理由書が市町村及び厚生労働省に報告されることに同意します。

接種者自署 _____

「通知文」

鹿児島市 麻 令和7年 4月 1日

鹿児島市長 麻

麻しん及び風しんの定期予防接種に関する特例措置について

貴府の件につきまして、下記のとおり貴府対象期間を過ぎた者の予防接種を定期接種として実施できる旨を判断いたしましたので、お知らせいたします。

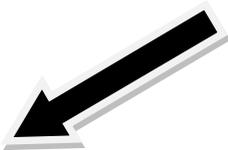
記

1. 接種期間
 対象：鹿児島県 全域 (19市1区 1町)
 住所：鹿児島市(〒910-0001) 以下は鹿児島市
 生年月日：昭和34年4月1日(46歳)

2. 特別な事情について
 該当理由：麻しん風しん混合ワクチンの偏在等が生じたことにより、接種対象期間内に定期接種が受けられなかったため。
 該当期間が生じた日：令和6年4月1日(46歳)
 該当期間が解消された日：令和7年4月1日(47歳)

3. 実施する予防接種・接種期間
 麻しん風しん混合(第5期)：令和9年3月31日
 (特別な事情がなくなった日から起算して2年を経過する日までの間)

なお、実施したことを厚生労働省へ報告する必要はありませんので、この旨をお知らせください。予診票の後ろにこの通知文をホッチキス留めしてください。



申請書受理後、約1週間で申請者の自宅へ送付

4. 留意事項

・第5期のクーポン券の金額欄には「9,270円(税抜)」と印字されているが、本市の令和7年度の委託料は「10,351円(税込)」となりますので請求の際はご注意ください。

・風しんの第5期予防接種の対象となる抗体価は下記の通りです。

検査方法	抗体価(単位等)	測定キット名(製造販売元)
HI法 (赤血球凝集抑制法)	8倍以下(希釈倍率)	風疹ウイルスHI試薬「生研」 (デンカ生研株式会社)
	8倍以下(希釈倍率)	R-HI「生研」 (デンカ生研株式会社)
EIA法 (酵素免疫法)	6.0未満(EIA価)	ウイルス抗体EIA「生研」ルベラIgG (デンカ生研株式会社)
	1.5未満 (国際単位(IU)/ml)	エンザイグノストB風疹/IgG (シーメンスヘルスケア・ダイアグノスティクス株式会社)
ELFA法 (蛍光酵素免疫法)	2.5未満 (国際単位(IU)/ml)	バイダスアッセイキットRUB IgG (シスメックス・ビオメリュー株式会社)
LTI法 (ラテックス免疫比濁法)	1.5未満 (国際単位(IU)/ml)	ランピアラテックスRUBELLA (植草製薬工業株式会社)
CLEIA法 (化学発光酵素免疫法)	2.0未満 (国際単位(IU)/ml)	アクセスルベラIgG (ベックマン・コールター株式会社)
	1.1未満(抗体価)	i-アッセイCL風疹IgG (株式会社保健科学西日本)
FIA法 (蛍光免疫測定法)	1.5未満 (抗体価AI)	BioPlex MMRV IgG (バイオ・ラッドラボラトリーズ株式会社)
	1.5未満 (国際単位(IU)/ml)	BioPlex ToRC IgG (バイオ・ラッドラボラトリーズ株式会社)

予防接種実施における確認チェックリスト

予防接種の間違いを防ぐには、1人1人の入念な“確認”が何よりも大切です。

1. 受付時の確認事項

- 被接種者の名前（フルネーム）、生年月日、年齢、住所を確認した。
- 接種しようとするワクチンの種類を確認した。
- 母子健康手帳の予防接種ページにおいて、接種するワクチンの欄が空白（まだ接種されていない）であることを確認した。
- 直前の予防接種実施日から適切な間隔があいているかを確認した。
- 検温をした。

2. 予診時の確認事項

- 被接種者の氏名（フルネーム）、生年月日、年齢を確認した。
- 接種しようとするワクチンの種類を確認した。
- 被接種者が接種しようとするワクチンの接種対象年齢であるか確認した。
- 直前の予防接種実施日から適切な間隔があいているかを確認した。
- 被接種者が接種しようとするワクチンが決められた接種回数であるか確認した。
- 予診票に記載漏れがないか確認した。
- 予診を行い、体調を確認した。
- 医師署名欄に署名又は記名押印を行った。
- 保護者の承諾サインをもらった。

3. 接種時の確認事項

- 接種するワクチンの種類及び有効期限、接種量、接種方法を確認した。
- 接種器具が未使用であることを確認した。

4. 接種後の確認事項

- 接種後の使用済み接種器具を廃棄用の容器に入れた。
- 予診票、診療録、母子健康手帳などに接種日、メーカー名、ワクチンロット番号、接種量、医療機関名などを記載した。

※ リーフレット「予防接種における間違いを防ぐために」を業務の参考にしてください。

- 国立感染症研究所（ <https://www.niid.go.jp/niid/ja/vaccine-j.html> ）
- 厚生労働省
（ https://www.mhlw.go.jp/stf/seisakunitsuite/bunya/kenkou_iryuu/kenkou/kekkaku-kansenshou/keihatsu_tool/index.html ）

予防接種による間違い発生報告書

鹿児島市感染症対策課行

FAX : 099-803-7026

1. 実施日 令和 年 月 日
2. 接種医療機関 _____ (TEL) _____
住所 _____
接種医 _____
3. ワクチンの種類 _____
4. ワクチンの接種量 _____ ml
5. 被接種者
(1) 氏名 _____ (2) 性別 _____
(3) 生年月日 _____ 年 月 日
(4) 住所 _____
6. 間違いの概要
7. 間違いが判明した経緯及びその後の対応（被接種者の体調、保護者に連絡したかなど）
8. (公財) 予防接種リサーチセンターの見解 (TEL:03-6206-2121)
(再接種が必要か、今後の接種スケジュール、など)
9. 再発防止策（いつ、どこで、誰が、何を、どのように確認するか、など）

コッホ現象事例報告書

鹿児島県鹿児島市保健所

氏名		生年月日 令和 年 月 日 (男・女)	
住所		保護者氏名	
接種時期： 令和 年 月 日 (または生後_____か月)		BCG ワクチンロット	
局所変化の状況・経過 (初めて気付いた時期： 令和 年 月 日)			
結核患者との接触状況			
精密検査※	ツ反： _____ (×) × IGRA(実施の場合：QFT, T-Spot TB) 結果：	判定 非特異反応、結核感染、結核発病、判定保留、 その他 ()	
	胸部エックス線検査所見	事後措置／転帰 終了 (異常所見又は症状出現時受診) 経過観察 (____か月後) 潜在性結核感染症治療 結核治療 (診断名： _____) 他医療機関紹介 その他 ()	
	CT (実施の場合)		
令和 年 月 日 医療機関名 作成者医師 (署名又は記名押印)			

※医師の判断により精密検査を行った場合のみ記入すること。

この報告書は、予防接種の安全性の確保及び結核のまん延防止を図ることを目的としています。このことを理解の上、本報告書が鹿児島市及び鹿児島県に報告されることに同意します。

保護者自署 _____

予防接種済証（鹿児島市） 母子健康手帳を持参しなかった場合に交付

※該当する予防接種のワクチン、回数に○印をしてください。

ワクチンの種類		回数	メーカー/ロット
ロタウイルス	1価	1回・2回	
	5価	1回・2回・3回	
B型肝炎		1回・2回・3回	
インフルエンザ菌b型（H i b感染症）		1回・2回・3回・追加	
小児用肺炎球菌	15価	1回・2回・3回・追加	
	20価	1回・2回・3回・追加	
5種混合（ジフテリア・百日せき・破傷風・ポリオ・ヒブ）		1回・2回・3回・追加	
4種混合（ジフテリア・百日せき・破傷風・ポリオ）		1回・2回・3回・追加	
3種混合（ジフテリア・百日せき・破傷風）		1回・2回・3回・追加	
不活化ポリオ		1回・2回・3回・追加	
2種混合（ジフテリア・破傷風）			
BCG（結核）			
麻しん風しん混合（MR）		1期 ・ 2期	
麻しん		1期 ・ 2期	
風しん		1期 ・ 2期	
水痘		1回・2回	
日本脳炎第1期		1回・2回・追加	
日本脳炎第2期			
ヒトパピローマウイルス感染症（子宮頸がん）	2価	1回・2回・3回	
	4価	1回・2回・3回	
	9価	1回・2回・3回	
その他（ ）			
その他（ ）			
その他（ ）			

予防接種を受けた者 氏名：	生年月日	年	月	日
住所：鹿児島市				
接種年月日	令和	年	月	日
実施医療機関名	医師氏名			

鹿児島市 予防接種不可者受診券

この受診券は接種不可者予診料の請求に必要な券です。

内は保護者の方に記入してもらってください。

(保護者記入欄)

住所	鹿児島市	丁目	番	号
		町	番地	TEL(— —)
予診を受けた人の氏名	生年月日			
フリガナ	年 月 日			
氏名				
保護者氏名				

内は、医療機関で記入してください。

(医療機関記入欄)

接種不可予防接種名(該当に○をしてください。)	予診日	令和	年	月	日
B型肝炎・ロタリックス・ロタテック・小児用肺炎球菌 ・ヒブ 5種混合・4種混合・2種混合(2期)・BCG 麻しん風しん混合(1期・2期)・水痘・日本脳炎(1期・2期) 子宮頸がん・不活化ポリオ その他() 接種不可理由	医療機関名及び予診医				

鹿児島市 予防接種不可者受診券

この受診券は接種不可者予診料の請求に必要な券です。

内は保護者の方に記入してもらってください。

(保護者記入欄)

住所	鹿児島市	丁目	番	号
		町	番地	TEL(— —)
予診を受けた人の氏名	生年月日			
フリガナ	年 月 日			
氏名				
保護者氏名				

内は、医療機関で記入してください。

(医療機関記入欄)

接種不可予防接種名(該当に○をしてください。)	予診日	令和	年	月	日
B型肝炎・ロタリックス・ロタテック・小児用肺炎球菌 ・ヒブ 5種混合・4種混合・2種混合(2期)・BCG 麻しん風しん混合(1期・2期)・水痘・日本脳炎(1期・2期) 子宮頸がん・不活化ポリオ その他() 接種不可理由	医療機関名及び予診医				

令和7年度 鹿児島市定期予防接種 実施報告書

(令和 年 月分)

〔鹿児島市提出用〕

令和 年 月 日

所在地及び名称

鹿児島市長 殿

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

予防接種委託料を下記のとおり報告します。

記

予防接種名	委託単価	件数	委託料 (円)
5種混合	20,526円	件	円
4種混合	11,726円	件	円
3種混合	6,127円	件	円
ポリオ	10,461円	件	円
BCG	13,046円	件	円
ヒブワクチン	9,308円	件	円
小児用肺炎球菌	15価	件	円
	20価	件	円
麻しん・風しん 混合	第1期	件	円
	第2期	件	円
麻しん	第1・2期	件	円
風しん	第1・2期	件	円
2種混合	5,071円	件	円
日本脳炎	第1期	件	円
	第2期	件	円
	特例	件	円
子宮頸がん (2価)	小6～高1	件	円
	キャッチアップ	件	円
子宮頸がん (4価)	小6～高1	件	円
	キャッチアップ	件	円
子宮頸がん (9価)	小6～高1	件	円
	キャッチアップ	件	円
水痘	9,416円	件	円
B型肝炎	6,835円	件	円
ロタウイルス (1価)	14,696円	件	円
ロタウイルス (5価)	9,669円	件	円
その他 ()	円	件	円
その他 ()	円	件	円
予診料 (接種不可者)	3,201円	件	円
合計		件	円

令和7年度 鹿児島市定期予防接種 請求書兼内訳書

(令和 年 月分)

〔医師会提出用〕

令和 年 月 日

所在地及び名称

鹿児島市長 殿

代表者氏名

予防接種委託料を下記のとおり請求します。

記

予防接種名	委託単価	件数	委託料 (円)
5種混合	20,526円	件	円
4種混合	11,726円	件	円
3種混合	6,127円	件	円
ポリオ	10,461円	件	円
BCG	13,046円	件	円
ヒブワクチン	9,308円	件	円
小児用肺炎球菌	15価	件	円
	20価	件	円
麻しん・風しん 混合	第1期	件	円
	第2期	件	円
麻しん	第1・2期	件	円
風しん	第1・2期	件	円
2種混合	5,071円	件	円
日本脳炎	第1期	件	円
	第2期	件	円
子宮頸がん (2価)	特例	件	円
	小6～高1 キャッチアップ	件	円
子宮頸がん (4価)	小6～高1	件	円
	キャッチアップ	件	円
子宮頸がん (9価)	小6～高1	件	円
	キャッチアップ	件	円
水痘	9,416円	件	円
B型肝炎	6,835円	件	円
ロタウイルス (1価)	14,696円	件	円
ロタウイルス (5価)	9,669円	件	円
その他 ()	円	件	円
その他 ()	円	件	円
予診料 (接種不可者)	3,201円	件	円
合計		件	円

令和7年度 鹿児島市定期予防接種 請求書兼内訳書

(令和 年 月分)

〔医療機関控用〕

令和 年 月 日

所在地及び名称

鹿児島市長 殿

代表者氏名

予防接種委託料を下記のとおり請求します。

記

予防接種名	委託単価	件数	委託料 (円)
5種混合	20,526円	件	円
4種混合	11,726円	件	円
3種混合	6,127円	件	円
ポリオ	10,461円	件	円
BCG	13,046円	件	円
ヒブワクチン	9,308円	件	円
小児用肺炎球菌	15価	件	円
	20価	件	円
麻しん・風しん 混合	第1期	件	円
	第2期	件	円
麻しん	第1・2期	件	円
風しん	第1・2期	件	円
2種混合	5,071円	件	円
日本脳炎	第1期	件	円
	第2期	件	円
子宮頸がん (2価)	特例	件	円
	小6～高1 キャッチアップ	件	円
子宮頸がん (4価)	小6～高1	件	円
	キャッチアップ	件	円
子宮頸がん (9価)	小6～高1	件	円
	キャッチアップ	件	円
水痘	9,416円	件	円
B型肝炎	6,835円	件	円
ロタウイルス (1価)	14,696円	件	円
ロタウイルス (5価)	9,669円	件	円
その他 ()	円	件	円
その他 ()	円	件	円
予診料 (接種不可者)	3,201円	件	円
合計		件	円

令和7年度 予防接種委託契約実施報告書

(令和 年 月分)

令和 年 月 日

所在地及び名称

鹿児島市長 殿

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、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。

記

予防接種名	委託単価	件数	委託料 (円)
5種混合	20,526円	件	円
4種混合	11,726円	件	円
3種混合	6,127円	件	円
ポリオ	10,461円	件	円
BCG	13,046円	件	円
ヒブワクチン	9,308円	件	円
小児用肺炎球菌	15価	件	円
	20価	件	円
麻しん・風しん混合	第1期	件	円
	第2期	件	円
麻しん	第1・2期	件	円
風しん	第1・2期	件	円
2種混合	5,071円	件	円
日本脳炎	第1期	件	円
	第2期	件	円
	特例	件	円
子宮頸がん(2価)	小6～高1	件	円
	キャッチアップ	件	円
子宮頸がん(4価)	小6～高1	件	円
	キャッチアップ	件	円
子宮頸がん(9価)	小6～高1	件	円
	キャッチアップ	件	円
水痘	9,416円	件	円
B型肝炎	6,835円	件	円
ロタウイルス(1価)	14,696円	件	円
ロタウイルス(5価)	9,669円	件	円
その他()	円	件	円
その他()	円	件	円
予診料(接種不可者)	3,201円	件	円
合計		件	円

【感染症対策課確認欄】

受付印	課長	係長	係	照合

令和7年度 予防接種委託契約実施報告書

(令和 7年 4月分)



所在地及び名称
代表者氏名

令和 年 月 日
鹿児島市●●丁目●番●号
●●法人 ●●会
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、予防接種委託業務を下記のとおり
条の規定に基づき、関係書類を添付し報告します。

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
者のフルネームと電話番号
の記入をお願いします。

記

予防接種名	委託単価	件	金額
5種混合	20,526円	1件	20,526円
4種混合	11,726円	1件	11,726円
3種混合	6,127円	1件	6,127円
ポリオ	10,461円	1件	10,461円
BCG	13,046円	1件	13,046円
ヒブワクチン	9,308円	1件	9,308円
小児用肺炎球菌	15価	1件	12,386円
	20価	1件	12,386円
麻しん・風しん 混合	第1期	1件	11,176円
	第2期	1件	11,176円
麻しん	第1・2期	1件	7,579円
風しん	第1・2期	1件	7,579円
2種混合	5,071円	1件	5,071円
日本脳炎	第1期	1件	8,041円
	第2期	1件	7,216円
	特例	1件	7,216円
子宮頸がん (2価)	小6～高1 キャッチアップ	1件	16,841円
	1件	円	
子宮頸がん (4価)	小6～高1 キャッチアップ	1件	16,841円
	1件	円	
子宮頸がん (9価)	小6～高1 キャッチアップ	1件	26,994円
	1件	円	
水痘	9,416円	1件	9,416円
B型肝炎	6,835円	1件	6,835円
ロタウイルス (1価)	14,696円	1件	14,696円
ロタウイルス (5価)	9,669円	1件	9,669円
その他 ()	円	1件	円
その他 ()	円	1件	円
予診料 (接種不可者)	3,201円	1件	3,201円
合計		20件	229,321円

【感染症対策課確認欄】

受付印	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)

課名	感染症対策課	令和7年度	支出(還付)命令番号	第 号	
1 契約係長 2 代行	1 物品検収 2 履行確認	1 歳 2 歳 3 歳 4 基	会計	01	
月 日	月 日		款	04	
No.			出入金 入還 計外 現金	契約番号	第 号

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。

請 求 書

金額	拾	億	千	百	拾	万	千	百	拾	円
¥					2	2	9	3	2	1

件名 **定期予防接種事業委託料** (令和7年4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。

1 口座振替払(下記口座のとおり)

年 月 日

住所 **鹿児島市●●丁目●番●号**
 氏名・印 **●●法人 ●●会**

登録番号 **T 1 2 3 4 5 6 7 8 9 0 1 2 3**

押印を省略する場合は、記入してください。
 (担当者:氏名 **下鶴 隆央 殿** 電話)

[口座振替] 押印を省略する場合、担当者名(フルネーム)と電話番号を記入してください。

金融機関名	種別	口座番号	口座名義
薩摩銀行(金庫)	普通当座貯蓄	123456	フリガナ マルマルホウジンマルマルカイジツョウカゴシマタクウ
本店			〇〇法人〇〇会 理事長 鹿児島 太郎

内訳 (**1** 次のとおり 2 別紙のとおり)
 軽減税率対象品目は品名等の右端に「※」をご記入ください

品名等	数量	単位	単価	金額	備考
委託料一式	—	—	円	229,321	
税区分	課税対象外			8%対象	10%対象
税抜額合計				円	円
消費税及び地方消費税額					20,847
税込額合計(小計額)			円		229,321
総合計(請求金額)					229,321