

令和8年度

骨髄移植等によるワクチン再接種 実施上の留意事項

この再接種にかかる対象者は、事前に申請書及び医師の意見書を鹿児島市に提出し、認定された方のみとなります。認定された場合、鹿児島市からの「通知書」(申請者(被接種者等)宛と医療機関の長宛の2種類)と「再接種用の予診票」をお渡ししています。

認定通知書をもらわずに接種に来られた場合や、相談がある場合は感染症対策課へ。

【目次】

ページ

1 対象者及び内容	1
2 認定～接種～請求の流れ	1
3 委託料(消費税相当額を含む)	1・2
4 実施手順	2・3
5 副反応疑い報告	3
6 医薬品副作用被害救済制度	3・4
7 委託料の請求及び支払い方法	4
8 その他	4

【様式】

1 予防接種済証	・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 骨髄移植等によるワクチン再接種委託実施報告書	
3 骨髄移植等によるワクチン再接種委託契約実施報告書	
4 請求書	

【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

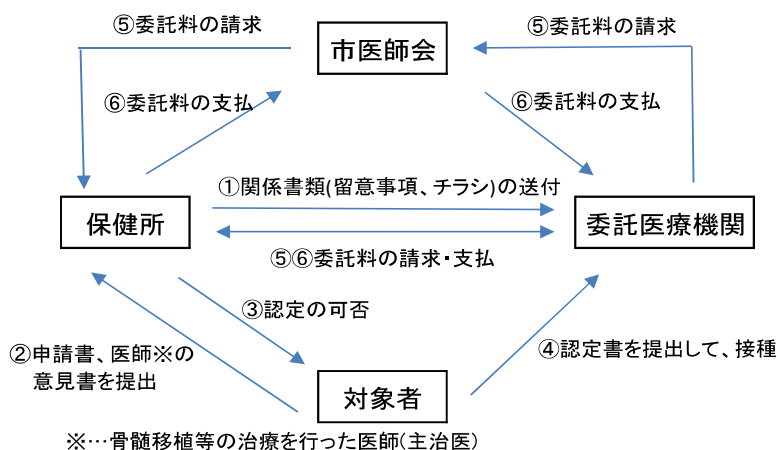
TEL(直通) : 099-803-7023 FAX(代表) : 099-803-7026

1 対象者及び内容

- (1) 接種対象者：接種日に本市に住所を有する、骨髄移植、末梢血幹細胞移植、臍帯血移植等の医療行為により、予防接種で得られた免疫が低下または消失したため、予防効果が期待できず、再接種が必要と医師に判断されている者
- (2) ワクチン：各ワクチンの添付文書の用法及び用量を遵守した、以下のもの
- ① 予防接種法第2条第2項に規定するA類疾病にかかるワクチン（RSウイルスを除く）
 - ② 過去に、本市が全部を独自助成していたワクチン（自己負担の無いもの）
 - ③ 本市が一部を独自助成している（過去に助成していたものを含む）ワクチン（自己負担の徴収可能なもの）

※必要なワクチン・回数等を記載した主治医の意見書が添えられた申請書をもとに、保健所が対象者へ認定の可否を通知します。

2 認定～接種～請求の流れ



3 委託料（消費税相当額を含む）

本市が定める各ワクチンの委託料と同額を、市から委託医療機関へ支払う。（任意接種も同様の扱い）なお、健康上の理由により接種不可と診断された場合の「予診料」は支払われません（定期接種とは取扱いが異なります）のでご注意ください。

①A類疾病

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
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)	6,336 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
麻しん単独	乾燥弱毒生麻しんワクチン	7,579 円
風しん単独	乾燥弱毒生風しんワクチン	7,579 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	9,406 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9価ヒトパピローマウイルス様粒子ワクチン	27,001 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独自全部助成ワクチン（自己負担額の無いもの）

対象疾病(ワクチン)	任意接種期間	委託料単価
ヒブ感染症	H23.2～H25.3	9,406 円
小児の肺炎球菌感染症	H23.2～H25.3	12,386 円
HPV(子宮頸がん)(2 価,4 価)	H23.2～H25.3	16,841 円
MR ワクチン(20 歳未満の未接種者)	R 元.7～R4.3	11,176 円

③独自一部助成ワクチン（自己負担額を徴収することが可能なもの）

対象疾病(ワクチン)	任意接種期間	委託料単価	被接種者の自己負担額
ヒブ感染症	H20.12～H23.1	3,000 円	[医療機関の設定した費用] から [委託料単価(左記)] を差し引いた額
ロタウイルス感染症	H27.7～R3.3	(1 価) 6,000 円	
		(5 価) 4,000 円	
風しんを含むワクチン (妊娠を希望する女性等)	H30.7～R8.3	3,500 円	
	R8.4～	3,000 円	
おたふくかぜ	R2.7～	4,000 円	

※ ③独自一部助成ワクチンについては、各医療機関が設定した接種料金から、鹿児島市の委託料を差し引いた額が、被接種者の自己負担額となります。各医療機関において被接種者から徴収してください。

※ 接種料金を徴収する際は、医療機関の設定した接種料金から助成額を差し引いた金額になっていることを説明してください。

4 実施手順

(1) 対象者の確認

鹿児島市民でない方の接種については、鹿児島市から委託料は支払われません。

(2) 予診票の記入、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、さらに診察したうえで、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十分説明をし、保護者（被接種者）が理解し、同意していることを確認してください。

（3）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、医師の署名又は記名押印をしてください。
- ② 保護者（被接種者）には、予診票下の自署欄（同意します・同意しません）のいずれかに○印と、署名（フルネームで）を記入してもらってください。

（4）接種

- ① ワクチンの添付文書等に従って接種してください。
- 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。

（5）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・メーカー／ロット・接種者署名等の記入をしてください。
- ② 保護者（被接種者）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てください。

（6）予診票の保管

予診票の原本は、本市保管用になります。

予診票は、写し（コピー）をカルテに貼付し5年間保管しておいてください。

5 副反応疑い報告

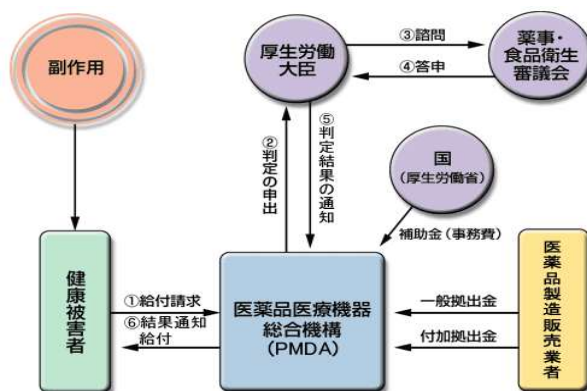
定期予防接種だけではなく、任意接種も予防接種後に生じた副反応を診断した医師は、速やかに独立行政法人医薬品医療機器総合機構へ報告することが義務付けられています（本人や保護者の同意は不要です）。

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 医薬品副作用被害救済制度

任意の予防接種で健康被害が発生した場合は、定期接種とは異なり、独立行政法人医薬品医療機器総合機構法に基づく救済を受けることとなります。健康被害者が直接行うこととなりますので、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 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	①骨髄移植等によるワクチン再接種委託実施報告書（(1/3)(2/3)(3/3)に必要事項をそれぞれ記入のうえ、下記のとおり取り扱ってください） (1/3)(2/3)…市医師会へ提出 (3/3)…各医療機関で保管	①骨髄移植等によるワクチン再接種委託契約実施報告書
	②予診票（非複写） 原本…市医師会へ提出 各医療機関で写しを保管	②予診票（非複写） 原本…本市へ提出 各医療機関で写しを保管
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などを再度確認してください。</p> <p>※不備が多い場合、お支払いできないことがあります。</p> <p>※予診票は接種回数ごとに揃えてから提出してください。</p>		

請求の様式などは、本市HPからダウンロードをお願いします。

検索方法：本市HPのサイト内検索入力欄に、「骨髄移植再接種」と入力し「骨髄移植等によるワクチン再接種助成」のページへ→ページの下部「医療機関の皆様へ」

8 その他

骨髄移植等によるワクチン再接種について、鹿児島市に住所を有する者が里帰り等の理由により、市外の医療機関において再接種しようとする場合、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。

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	
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）	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 _____
--

令和8年度 骨髄移植等によるワクチン再接種委託実施報告書

(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:

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
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	9,406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		件	円
2種混合	6,336円	件	円
日本脳炎	第1期	件	円
	第2期	件	円
	<small>特例 (1期・2期含む)</small>	件	円
子宮頸がん(9価)	27,001円	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
合計		件	円

令和8年度 骨髄移植等によるワクチン再接種委託料 請求書兼内訳書

(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

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
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	9,406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	7,579円	件	円
風しん		件	円
2種混合	6,336円	件	円
日本脳炎	第1期	件	円
	第2期	件	円
	<small>特例 (1期・2期含む)</small>	件	円
子宮頸がん(9価)	27,001円	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
合計		件	円

令和8年度 骨髄移植等によるワクチン再接種委託料 請求書兼内訳書

(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

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
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	9,406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	7,579円	件	円
風しん		件	円
2種混合	6,336円	件	円
日本脳炎	第1期	件	円
	第2期	件	円
	特例 (1期・2期含む)	件	円
子宮頸がん(9価)	27,001円	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
合計		件	円

令和8年度 骨髄移植等によるワクチン再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
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	9,406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	7,579円	件	円
風しん		件	円
2種混合	6,336円	件	円
日本脳炎	第1期	件	円
	第2期	件	円
	特例 (1期・2期含む)	件	円
子宮頸がん(9価)	27,001円	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
その他()	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8年度 骨髄移植等によるワクチン再接種委託契約実施報告書

(令和8年 4月分)

例

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)

委託契約に基づき、予防接種委託業務を下記のとおり
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	委託料 (円)
5種混合	20,526円	1件	20,526円
3種混合	6,127円	件	円
ポリオ	10,461円	件	円
BCG	13,046円	1件	13,046円
ヒブワクチン	9,406円	件	円
小児用肺炎球菌	15価	件	円
	20価	1件	12,386円
麻しん・風しん 混合	第1期	件	円
	第2期	1件	11,176円
麻しん	7,579円	第1・2期	件
風しん		第1・2期	件
2種混合	6,336円	件	円
日本脳炎	第1期	8,041円	件
	第2期	7,216円	件
	特例 (1期・2期含む)		件
子宮頸がん(9価)	27,001円	1件	27,001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	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	件	円
その他()	円	件	円
その他()	円	件	円
合計		7件	108,500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 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 8 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	物品受領	<input checked="" type="radio"/> 歳入 <input type="radio"/> 歳計 <input type="radio"/> 歳基 出 還 付 現 金 金	会 計	01
月 日	月 日			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 **骨髄移植等によるワクチン再接種委託料** (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)

口座振替払(下記口座のとおり) 現金払

令和 年 月 日

住 所
 氏 名・印
 登 録 番 号

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
銀 行 (金 庫)	普 通 当 座		口 座 名 義
店	別 貯 蓄		フリガナ

内 訳 (次のとおり 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	— 円	
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					
税込額合計(小計額)			円		
総合計(請求金額)					

(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 8 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	物品受領	1 歳入 2 歳計 3 歳外 4 基 出 還 付 現 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
¥	1	0	8	5	0	0				

件名 骨髄移植等によるワクチン再接種委託料 (令和 8 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) 2
 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 鹿児島市●●丁目●番●号
 氏名・印 ●●●●●●●●●●
 登録番号 T 1 2 3 4 5 6 7 8 9 0 1 2 3

理 事 長
 印 〇 〇 会

適格請求書発行事業者の場合、こちらに適格請求書発行事業者登録番号をご記入ください。

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

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 別貯蓄	123456	フリガナ マルマルホウジンマルマルカイリジヨウカゴシマタク
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	108,500	
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					9,863
税込額合計(小計額)				円	108,500
総合計(請求金額)					108,500