

# 高齢者インフルエンザ・新型コロナワクチン 予防接種実施のお知らせ

高齢者がインフルエンザや新型コロナ感染症にかかると、肺炎などを併発し、重症化することがあります。

新型コロナウイルスワクチンは、令和6年度からインフルエンザと同じ予防接種法上のB類疾病（※）の位置づけで定期接種に移行されました。このため、本市においても、予防接種法に基づき、高齢者の予防接種を行います。

（※）B類疾病…個人の発病・重症化予防を主とした目的とし、併せて、まん延防止を図るもの。

この予防接種は、自らの意思で希望された人に行うもので、  
接種を強制するものではありません。

## 対象者

- (1) 接種日に **満65歳以上の福知山市民**
- (2) 60歳以上～64歳以下の人で、心臓・腎臓・呼吸器・ヒト免疫不全ウイルスの障害により身体障害者手帳1級を持っている福知山市民  
※上記(2)の人は、個別に案内をします。

## 接種期間

**令和6年10月1日（火）～令和7年1月31日（金）**

（なお、この期間に65歳の誕生日を迎えられる人は誕生日から接種できます。）

## 接種回数

上記接種期間中に、1人1回

## 接種費用

インフルエンザ：1,500円

新型コロナ：3,000円

※費用は医療機関にお支払いください。

無料制度があります

**必ず事前の申請が必要**です。

詳しくは3ページをご確認ください。

## 接種場所

4ページをご覧ください。

★実施医療機関以外での接種を希望の場合は、  
必ず接種前に健康医療課にお問い合わせください。



## 接種当日の 持ち物

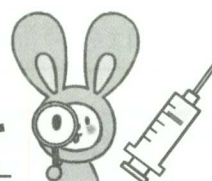
◆本人と確認のできる証明書（健康保険証・介護保険証・運転免許証など）

◆予診票

（別紙水色…インフルエンザワクチン接種予診票）

（別紙うぐいす色…新型コロナワクチン接種予診票）

自己負担金が有料のものは実施医療機関・健康医療課窓口にも設置しています。



## 新型コロナウイルスワクチンについて

### ◆ ワクチンの有効性・安全性について

定期接種で使用されるワクチンは、国で承認されており、有効性と安全性が確認されています。詳細は厚生労働省のホームページをご覧ください。  
各医療機関で取扱いワクチンは異なりますので、直接お問合せください。  
確認したいことがあれば、接種前に医師に相談し、理解した上で接種してください。

### ◆ 副反応について

接種部位の痛み、発熱、倦怠感、頭痛、筋肉や関節の痛み、寒気、下痢などこれらの症状は通常、接種後数日以内に回復します。

- 稀な頻度でアナフィラキシー（急性のアレルギー反応）が起こる場合があります。
- ワクチン接種後に心筋炎や心膜炎を疑う事例が報告されています。  
接種後数日以内に胸の痛みや動悸、息切れ、むくみなどが現れたら、速やかに医療機関を受診してください。
- ワクチン接種後にギラン・バレー症候群(※)が報告されています。  
接種後、手足の力が入りにくい、しびれなどの症状が現れたら、速やかに医療機関を受診してください。  
(※) 末梢神経系の急性炎症性脱髄性疾患で、筋力低下やしびれ、痛みなどの症状があります。

### ◆ インフルエンザ予防接種との接種間隔について

- ・ 接種間隔に制限はありません。
- 医師が必要と判断した場合は同時接種ができます。
- (同時接種とは、同日・同時間に2種類以上のワクチンを左右の腕に場所を変えて接種すること。)

### ◆ 予防接種後健康被害救済制度について

予防接種は、感染症を予防するために重要なものですが、まれに健康被害が起こることがあります。

予防接種による健康被害が生じた場合には、予防接種法に基づく救済が受けられます。

救済制度の詳細については、厚生労働省ホームページの「予防接種後健康被害救済制度について」のページをご覧ください。

救済制度に関するページ



※厚生労働省ホームページより引用



# 無料申請手続きについて <無料申請書と記入例は別紙>

結果通知の発送までに時間を要しますので十分に余裕をもって申請してください。(原則、即日発行不可)

- <無料の対象>
- ・ 市民税非課税世帯 (所得割・均等割ともに非課税)
  - ・ 生活保護世帯 (申請書の提出不要。事前にご連絡ください。)

WEBからも  
申請できます!



\* 下記の注意事項を確認いただき、申請される人は、以下の書類を持参のうえ、各保健福祉センターに申請してください。

## 【無料申請にあたっての注意事項】

- ① 接種されてからの払い戻しは出来ませんので、ご注意ください。
- ② 市民税非課税世帯で申請の場合、世帯の中で1人でも課税の人がおられる場合は該当となりませんので、ご確認ください。
- ③ 同一住所にお住まいでも世帯が別の場合は、それぞれ申請が必要になります。

## 【無料申請に必要な書類】

### 本人申請の場合

- ① 福知山市定期 B 類予防接種無料申請書 (別紙)
- ② 本人確認書類 (下記いずれか1点)

※郵送の場合は、  
必ずコピーを同封してください。

(マイナンバーカードは顔写真  
面のみコピーしてください。)

※接種希望者が申請者以外にも複数人  
ある場合は、右記「代理人申請の場合」  
をご確認ください。

### 代理人申請の場合

接種希望者が申請者以外にも複数人ある場合は  
代理人申請になります。下記をご確認ください。

- ① 福知山市定期 B 類予防接種無料申請書 (別紙)
- ② 委任状 (①の申請書の委任状欄に事前に記入が必要)
- ③ 代理人を確認するための書類 (下記いずれか1点)

※郵送の場合は、  
必ずコピーを同封してください。

### 本人確認書類 (「氏名と生年月日」か「氏名と住所」の記載があるもの)

#### 次のうちのいずれか1点

- ・ マイナンバーカード
- ・ 運転免許証
- ・ 健康保険証
- ・ 身体障害者手帳
- ・ 福祉医療受給者証
- ・ 年金手帳
- ・ 療育手帳
- ・ 介護保険の被保険者証
- ・ 年金証書
- ・ 住民票の写し
- ・ 生活保護受給者証
- ・ 印鑑登録証明書
- ・ 旅券(パスポート)
- ・ 住民基本台帳カード(写真付き)
- ・ 戸籍や戸籍附票の写し(謄本や抄本も可)
- ・ 運転経歴証明書(交付年月日が平成24年4月1日以降のもの)
- ・ 税金の証明書 (納税証明書・所得証明書・課税証明書) ※6か月以内のもの
- ・ 領収書 (例: 国税・地方税・社会保険料・ガス・上下水道) ※6か月以内のもの

※郵送の場合は、表面・裏面(裏面は運転免許証の記載内容で修正事項が裏面に記載されている場合のみ)の  
コピーが必要です。※書類の有効期限にご確認ください。

※施設の職員など法人の代理人が申請される場合は、事前に健康医療課にお問い合わせください。

# 実施医療機関一覧

○は予約不要です

医療機関名	所在地	電話番号	インフル	新型コロナ	備考
足立医院	上新町	22-3695	○	要予約	
いなば内科クリニック	駅南町1丁目	24-5136	○	要予約	
いのうえ皮フ科クリニック	上荒河	22-5512	○	×	
岩坪医院	西佳屋野町	27-7933	○	要予約	
大西内科医院	東小谷ヶ丘	22-3620	要予約	要予約	
かやの医院	西佳屋野町	27-8020	要予約	要予約	
川口診療所	野花	33-3670	○	○	
木村外科内科医院	駅南町	22-2947	要予約	要予約	
京都ルネス病院	駅前町	22-3550	要予約	要予約	
雲原診療所	雲原	36-0011	要予約	×	
小山医院	猪崎	23-7715	○	要予約	
柴田医院	大池坂町	27-0101	○	要予約	
高尾医院	夜久野町井田	37-0020	○	要予約	
たぎ内科医院	上篠尾二区	25-3300	要予約	要予約	定期通院者のみ
竹下医院	駅前町	22-2675	○	要予約	
土佐医院	西本町	23-6115	○	○	
なかじ医院 上夜久野診療所	夜久野町直見	38-1017	○	○	
なかむら整形外科クリニック	駅南町	25-1919	要予約	要予約	定期通院者のみ
西垣内科医院	夜久野町額田上町	37-0127	○	要予約	
ひろた泌尿器科クリニック	駅南町1丁目	45-8571	要予約	×	
福知山市民病院	厚中間屋町	22-2101	○	要予約 (22-2551)	電話予約受付は 10～14時
福知山市民病院大江分院	大江町河守	56-0138	要予約	要予約	
古木内科医院	長山町	27-6011	○	要予約	
松木医院	和久市町	23-8250	○	○	
松木皮フ科医院	北本町二区	22-3322	○	×	
松本病院	土師宮町	27-1588	要予約	要予約	
松山内科循環器科医院	内記三丁目	22-2889	要予約	要予約	
三和診療所	三和町千束	27-1588	要予約	要予約	
森井内科クリニック	土師新町南	27-9229	○	要予約	
吉河医院	大江町河守	56-0107	要予約	要予約	電話予約受付は 14～16時
渡辺医院	牧	33-3810	○	要予約	

◎上記の医療機関以外で接種を希望される人は、必ず接種前に健康医療課にお問い合わせください。  
(TEL:23-2788)



# 福知山市定期B類予防接種無料申請書

福知山市長 様

私は、福知山市定期B類予防接種の無料制度を受けたいので、下記のとおり申請します。申請をするに当たり、下記に記入の予防接種希望者及び同一世帯者から課税台帳の閲覧、調査を行うことの同意を得ています。

年 月 日

申請者 住所

氏名

(接種希望者との続柄 )

電話番号

接種希望者	住所	〒 福知山市 (自治会名: )		
	電話番号			
	フリガナ			
	氏名		生年月日	年 月 日(満 歳)
	フリガナ			
	氏名		生年月日	年 月 日(満 歳)
	フリガナ			
氏名		生年月日	年 月 日(満 歳)	
申請理由	<input type="checkbox"/> 市民税非課税世帯 <input type="checkbox"/> 生活保護世帯			
予防接種の種類	<input type="checkbox"/> 高齢者肺炎球菌 <input type="checkbox"/> インフルエンザ <input type="checkbox"/> 新型コロナ			
同一世帯で下記に当てはまる人 ・18歳以上の人全員 ・18歳未満で収入のある人	フリガナ		フリガナ	
	氏名		氏名	
	フリガナ		フリガナ	
	氏名		氏名	

\*申請者以外の接種希望者は、下記の委任状が必要になります(御家族の方も必要になります)。

委任状				
代理人	住所	〒		
	氏名		生年月日	年 月 日
福知山市長 様				
私は、上記の者を代理人と定め、福知山市定期B類予防接種無料申請の権限を委任します。				
年 月 日				
委任者	住所	福知山市		
	氏名		生年月日	年 月 日

【注】 この申請書に記載いただいた個人情報(個人情報の保護に関する法律(平成15年法律第57号)第2条第1項に規定する個人情報をいう。)は、福知山市定期B類予防接種事業に係る事務に利用します。

【記入例】 インフルエンザ・新型コロナ予防接種希望者本人が家族の分も合わせて申請する場合の例

3ページをお読みください。

福知山市定期B類予防接種無料申請書

福知山市長 様

私は、福知山市定期B類予防接種の無料制度を受けたいので、下記のとおり申請します。申請をするに当たり、下記に記入の予防接種希望者及び同一世帯者から課税台帳の閲覧、調査を行うことの同意を得ています。

年 月 日 **日付の記入**

申請者 住所 〒 620-8501  
福知山市字内記13番地の1  
氏名 福知 太郎  
(接種希望者との続柄 本人 )  
電話番号 00-0000

屋間連絡のつきやすい電話番号を記入してください。

**修正液・修正テープの使用不可**

窓口に来られる人(申請者)の住所・氏名・続柄を記入してください。

接種希望者の住所・氏名・生年月日・年齢を記入してください。

どちらか該当する方に○をつけてください。

いずれか該当する方に○をつけてください。  
※高齢者肺炎球菌は、接種日時点で65歳の人もしくは60～64歳の人で一定の障害がある人(※)が対象です。

同一世帯員を記入してください。

窓口に来られる人(申請者)の住所・氏名・生年月日を記入してください。

申請者以外の接種希望者の住所・氏名・生年月日を記入してください。

接種希望者	住所	〒 620-8501 福知山市 字内記13番地の1 (自治会名: 内記三丁目)		
	電話番号	0773 - 00 - 0000		
	フリガナ	フクチ タロウ	生年月日	昭和11年 1月 1日(満 88 歳)
	氏名	福知 太郎	生年月日	昭和22年 2月 2日(満 77 歳)
	フリガナ	フクチ ハナコ	生年月日	年 月 日(満 歳)
	氏名	福知 花子	生年月日	年 月 日(満 歳)
申請理由	<input type="checkbox"/> 市民税非課税世帯 <input type="checkbox"/> 生活保護世帯			
予防接種の種類	<input type="checkbox"/> 高齢者肺炎球菌 <input type="checkbox"/> インフルエンザ <input type="checkbox"/> 新型コロナ			
同一世帯で下記に当てはまる人 ・18歳以上の全員 ・18歳未満で収入のある人	フリガナ	フクチ ジロウ	フリガナ	
	氏名	福知 次郎	氏名	
	フリガナ	フクチ サブロウ	フリガナ	
	氏名	福知 三郎	氏名	

**窓口に来られる人以外で、予防接種を申し込む人がある場合**

\*申請者以外の接種希望者は、下記の委任状が必要になります(御家族の方も必要になります)。

委任状

代理人	住所	〒 620-8501 字内記13番地の1		
	氏名	福知 太郎	生年月日	昭和11年 1月 1日

福知山市長 様

私は、上記の者を代理人と定め、福知山市定期B類予防接種無料申請の権限を委任します。

年 月 日 **日付の記入**

委任者	住所	福知山市字内記13番地の1		
	氏名	福知 花子	生年月日	昭和22年 2月 2日

【注】この申請書に記載いただいた個人情報(個人情報の保護に関する法律(平成15年法律第57号)第2条第1項に規定する個人情報をいう。)は、福知山市定期B類予防接種事業に係る事務に利用します。

**申請される時は、「無料申請書」と「本人又は代理人の確認書類」の両方を持参ください。  
郵送の場合は、「無料申請書(記入)」と「本人又は代理人の確認書類のコピー」を同封してください。  
※「本人又は代理人の確認書類」については3ページをよくお読みください。**

(※)・・・60～64歳で心臓や腎臓、呼吸器の機能、またはヒト免疫不全ウイルスによる免疫の機能に障害を有するものとして厚生労働省令に定める人(身体障害者1級の手帳保持者、または同程度の者と医師の診断書で確認できる人)