

令和6年度兵庫県における定期予防接種の広域的实施要領

1 目的

市町が実施する定期の予防接種（以下「予防接種」という。）において、住所地市町以外の県内の医療機関においても円滑な予防接種ができる体制を整備し、被接種者の接種機会の拡大とかかりつけ医による個別接種を推進することにより、予防接種率の向上及び健康被害の防止を図る。

2 基本的事項

- (1) 市町長は、契約により予防接種に関する業務の一部を広域的予防接種に参加する医療機関（以下「委託医療機関」という。）に委託する。
- (2) 委託医療機関は、各市町長との契約の権限を一般社団法人兵庫県医師会長（以下「兵庫県医師会長」という。）に委任する。
- (3) 定期予防接種の広域的实施（以下「広域予防接種」という。）に当たっては、市町長は、委託医療機関の委任を受けた兵庫県医師会長と一括して契約する。
- (4) 予防接種に係る委託料は、市町が委託医療機関に支払う。
- (5) 委託料は、ワクチン代を含むものとし、接種希望者の居住地市町と地元郡市医師会との間で締結された個別予防接種に関する予防接種委託契約と同額とする。
- (6) 予防接種に使用するワクチンは、委託医療機関が購入する。
- (7) 本事業の個人情報の目的外の使用は禁止する。この実施に伴う委託医療機関リストなどの個人情報については、各市町担当者は、厳密に取り扱うものとする。

3 契約の締結及び定期予防接種の実施方法

- (1) 広域予防接種を実施する市町長は、県の示した契約書（別紙様式）を参考に、兵庫県医師会長と契約を締結する。
- (2) 居住地市町以外での予防接種を希望する者（以下「接種希望者」という。）は、電話等により接種希望者の居住地市町に連絡する。なお、書面による連絡が必要な場合は様式第1号を参考にする。
- (3) 連絡を受けた市町は、実施の有無を決定のうえ、接種希望者に対して電話等により連絡する。なお、書面により通知する場合は様式第1号を参考にする。
- (4) 広域予防接種を実施をする場合は、様式第2号、様式第3号及び予診票、経費請求先の市町担当窓口を明記した切手を貼った返信用の封筒を接種希望者に配付する。

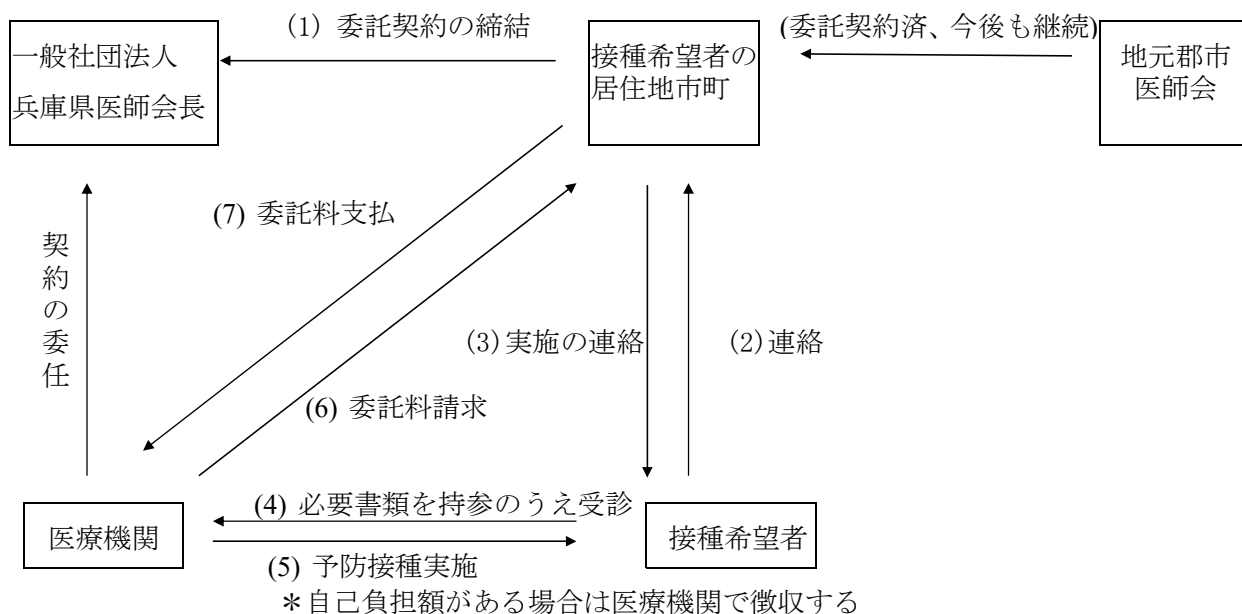
なお、様式第2号の有効期限は、発行日または予防接種法施行令第三条第一項に基づく定期接種期間のいずれか遅い日を始期とし、発行日が属する日の年度末または予防接種法施行令第三条第一項に基づく定期接種期間のいずれか早い日を終期とする。ただし、前述する有効期限内であれば、各市町が別途有効期限を設けることは差し支えない。

- (5) 接種希望者は、様式第2号、様式第3号、予診票及び返信用の封筒を委託医療機関

へ提出する。

- (6) 委託医療機関は、接種希望者に予防接種を実施する。なお、インフルエンザワクチン接種等自己負担額を徴収する必要があるワクチンを接種した場合は、依頼市町の定める被接種者自己負担額を窓口にて徴収する。
- (7) 委託医療機関が予防接種を実施したときは、被接種者の居住地市町に対し、予診票（写）を添付のうえ、請求書（様式第3号又は様式第4号）を送付する。なお、様式第3号を使用し、複数の被接種者及びワクチンについて一括請求する場合は、一覧を添付する等請求内訳が分かる書類（任意様式可）を添付すること。委託医療機関に請求書への押印を求める場合は、様式第3号又は様式第4号に適宜必要な項目を追加すること。
- (8) 接種希望者の居住地市町は、予防接種を実施した委託医療機関に委託料を支払う。

4 フローチャート図



5 留意事項

接種対象者、接種方法及び接種時の注意事項等については、予防接種法に基づく政省令、令和6年3月29日付け感発0329第2号「「予防接種法第5条第1項の規定による予防接種の実施について」の一部改正について」（厚生労働省健康局長通知）の別添「定期接種実施要領」によるほか、予防接種ガイドライン等検討委員会の示した「予防接種ガイドライン」を参考とするものとする。

6 その他

本要領「3 契約の締結及び定期予防接種の実施方法」(2)から(8)までに定めた実施方法については、電磁的方法により行うことは差し支えない。

その他、広域的予防接種の実施にあたり疑義等が生じた場合は、疾病対策課を通じて、市町長と兵庫県医師会長が協議するものとする。

附則 この要領は令和6年4月1日から施行する。

兵庫県における定期予防接種の広域的实施要領（様式） 新旧対照表

新	旧																																																																																		
<p style="text-align: center;">様式第1号 広域的予防接種申込書</p> <p style="text-align: right;">年 月 日</p> <p style="text-align: center;">市(町)長 様</p> <p style="text-align: right;">住 所 氏 名 (続柄) 電話番号 () - 電子メール</p> <p>予防接種法等に基づく予防接種について、下記のとおり予防接種を受けたいので承認願います。</p> <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 15%;">接種を受ける人</td> <td style="width: 15%;">住 所</td> <td colspan="4"></td> </tr> <tr> <td></td> <td>氏 名</td> <td>男 女</td> <td>生年 月 日</td> <td>年 月 日</td> <td>生 年 月 日</td> </tr> <tr> <td>受ける予防接種の種類</td> <td colspan="5"></td> </tr> <tr> <td rowspan="2">接種を希望する医療機関</td> <td>所在地</td> <td colspan="4"></td> </tr> <tr> <td>医療機関名</td> <td colspan="4"></td> </tr> <tr> <td>接種希望日</td> <td colspan="5" style="text-align: center;">年 月 日</td> </tr> <tr> <td>広域的予防接種を希望する理由</td> <td colspan="5"></td> </tr> </table> <p>・ 上記のことについて、下記の条件を付して承認します。</p> <ol style="list-style-type: none"> 1 接種を希望する日が属する日の年度末または定期接種の対象期間のいずれか早い日までに接種を受けてください。 2 上記の接種を希望する医療機関に対し予防接種に関する業務を委託しますので、接種当日に申込依頼書、請求書及び予約票を当該医療機関へ提出ください。 <p>・ 上記のことについて、承認しないこととします。 (不承認の理由)</p> <p style="text-align: right;">年 月 日 市(町)長 (担当)</p> <p>*個人情報の取扱いについて</p> <div style="border: 1px solid black; padding: 2px;"> <p>この票の個人情報は、本事業の予防接種の安全性の確保を目的に使用します。また、目的外の使用は禁止します。</p> </div>	接種を受ける人	住 所						氏 名	男 女	生年 月 日	年 月 日	生 年 月 日	受ける予防接種の種類						接種を希望する医療機関	所在地					医療機関名					接種希望日	年 月 日					広域的予防接種を希望する理由						<p style="text-align: center;">様式第1号 広域的予防接種申込書</p> <p style="text-align: right;">年 月 日</p> <p style="text-align: center;">市(町)長 様</p> <p style="text-align: right;">住 所 氏 名 (続柄) 電話番号 () - 電子メール</p> <p>予防接種法等に基づく予防接種について、下記のとおり予防接種を受けたいので承認願います。</p> <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 15%;">接種を受ける人</td> <td style="width: 15%;">住 所</td> <td colspan="4"></td> </tr> <tr> <td></td> <td>氏 名</td> <td>男 女</td> <td>生年 月 日</td> <td>年 月 日</td> <td>生 年 月 日</td> </tr> <tr> <td>受ける予防接種の種類</td> <td colspan="5"></td> </tr> <tr> <td rowspan="2">接種を希望する医療機関</td> <td>所在地</td> <td colspan="4"></td> </tr> <tr> <td>医療機関名</td> <td colspan="4"></td> </tr> <tr> <td>接種希望日</td> <td colspan="5" style="text-align: center;">年 月 日</td> </tr> <tr> <td>広域的予防接種を希望する理由</td> <td colspan="5"></td> </tr> </table> <p>・ 上記のことについて、下記の条件を付して承認します。</p> <ol style="list-style-type: none"> 1 年 月 日から 年 月 日までの間に接種を受けてください。 2 上記の接種を希望する医療機関に対し予防接種に関する業務を委託しますので、接種当日に申込依頼書、請求書及び予約票を当該医療機関へ提出ください。 <p>・ 上記のことについて、承認しないこととします。 (不承認の理由)</p> <p style="text-align: right;">年 月 日 市(町)長 (担当)</p> <p>*個人情報の取扱いについて</p> <div style="border: 1px solid black; padding: 2px;"> <p>この票の個人情報は、本事業の予防接種の安全性の確保を目的に使用します。また、目的外の使用は禁止します。</p> </div>	接種を受ける人	住 所						氏 名	男 女	生年 月 日	年 月 日	生 年 月 日	受ける予防接種の種類						接種を希望する医療機関	所在地					医療機関名					接種希望日	年 月 日					広域的予防接種を希望する理由					
接種を受ける人	住 所																																																																																		
	氏 名	男 女	生年 月 日	年 月 日	生 年 月 日																																																																														
受ける予防接種の種類																																																																																			
接種を希望する医療機関	所在地																																																																																		
	医療機関名																																																																																		
接種希望日	年 月 日																																																																																		
広域的予防接種を希望する理由																																																																																			
接種を受ける人	住 所																																																																																		
	氏 名	男 女	生年 月 日	年 月 日	生 年 月 日																																																																														
受ける予防接種の種類																																																																																			
接種を希望する医療機関	所在地																																																																																		
	医療機関名																																																																																		
接種希望日	年 月 日																																																																																		
広域的予防接種を希望する理由																																																																																			

様式第2号

予防接種に関する連絡書

年 月 日

様

市(町)長

予防接種法に基づく予防接種について、本市(町)と一般社団法人兵庫県医師会長との間に締結した「広域的予防接種についての契約書」に基づき、下記のとおり、貴府に対し予防接種に関する業務を依頼しますので連絡します。

なお、業務完了後、原紙の請求書(予約型(写))を添付)を、本市(町)担当課まで提出くださいますようお願いいたします。

接種を受ける人	任 所				
	氏 名		男 女	生年 月日	年 月 日 (満 歳 カ月)
受ける予防接種の種類					
委託料	円 (予約のみの場合 円)				
自己負担額 (インフルエンザ等)	円				
(※実施のみ記載) 接種を依頼する期間	年 月 日から 年 月 日までの間に予防接種を行ってください。				

※インフルエンザ及び高齢者の肺炎球菌ワクチン等について、自己負担額がある場合は窓口で徴収して下さい。

担当課
所在地
電話番号

*個人情報の保護について

この票の個人情報は、本事業の予防接種の安全性の確保を目的に使用します。また、目的外の使用は禁止します。

様式第2号

予防接種に関する連絡書

年 月 日

様

市(町)長

予防接種法に基づく予防接種について、本市(町)と一般社団法人兵庫県医師会長との間に締結した「広域的予防接種についての契約書」に基づき、下記のとおり、貴府に対し予防接種に関する業務を依頼しますので連絡します。

なお、業務完了後、原紙の請求書(予約型(写))を添付)を、本市(町)担当課まで提出くださいますようお願いいたします。

接種を受ける人	任 所				
	氏 名		男 女	生年 月日	年 月 日 (満 歳 カ月)
受ける予防接種の種類					
接種を依頼する期間	年 月 日から 年 月 日までの間に予防接種を行ってください。				
委託料	円 (予約のみの場合 円)				
自己負担額 (インフルエンザ)	円				

※インフルエンザ及び高齢者の肺炎球菌ワクチン等について、自己負担額がある場合は窓口で徴収して下さい。

担当課
所在地
電話番号

*個人情報の保護について

この票の個人情報は、本事業の予防接種の安全性の確保を目的に使用します。また、目的外の使用は禁止します。

様式第 3 号

予防接種委託料等請求書

全 円

予防接種法等に基づく予防接種を実施しましたので、上記の金額を請求します。

- 1 年 月 日付けで依頼のあった下記の予防接種
被接種者氏名
予防接種の種類
- 2 請求額積算
・予防及び接種を実施 円
・予防のみ実施 円
- 3 添付書類 (別紙予防票 (1))
- 4 振込先

振込先	銀行	本店・支店 出張所	普通・高座
口座番号			
口座名義			

年 月 日

市 (町) 長 様

所在地
医療機関名
医師名
電話番号
電子メール

*個人情報の保護について

この票の個人情報は、本事業の予防接種の安全性の確保を目的に使用します。
また、目的外の使用は禁止します。

様式第 3 号

予防接種委託料等請求書

全 円

予防接種法等に基づく予防接種を実施しましたので、上記の金額を請求します。

- 1 年 月 日付けで依頼のあった下記の予防接種
被接種者氏名
予防接種の種類
- 2 請求額積算
・予防及び接種を実施 円
・予防のみ実施 円
- 3 添付書類 (別紙予防票 (1))
- 4 振込先

振込先	銀行	本店・支店 出張所	普通・高座
口座番号			
口座名義			

年 月 日

市 (町) 長 様

所在地
医療機関名
医師名
電話番号
電子メール

*個人情報の保護について

この票の個人情報は、本事業の予防接種の安全性の確保を目的に使用します。
また、目的外の使用は禁止します。

様式第4号

予防接種委託料等請求書（一括請求用）

企 業 用

予防接種法等に基づく予防接種を実施しましたので、上記の金額を請求します。

1 請求を行う予防接種一覧

	依頼日案1	被接種者氏名	接種日案2	予防接種の種類案2	請求額
1					
2					
3					
4					
5					
6					
7					
8					
9					
10					
11					
12					
計					

案1 「依頼日」には、「予防接種に関する連絡書（様式第2号）」が発行された日を記載すること。
 案2 「予防のみを実施した場合には「接種日」に「受診日」を記載し、「予防接種の種類」の欄に「予防のみ実施」等と記載すること。

2 振付書額（原紙手数料（円））

3 振込先

振込先	銀行	本店・支店	普通・高座
		出振所	
口座番号			
口座名義			

年 月 日

市（町）長 様

所在地
 医療機関名
 医師名
 電話番号
 電子メール

*個人情報の取扱いについて

この票の個人情報は、本事業の予防接種の安全性の確保を目的に使用します。
 また、目的外の使用は禁止します。

(新設)

兵庫県における定期予防接種の広域的实施要領 新旧対照表

新	旧
令和6年度兵庫県における定期予防接種の広域的实施要領	令和5年度兵庫県における定期予防接種の広域的实施要領
1～2 (略)	1～2 (略)
3 契約の締結及び定期予防接種の実施方法	3 契約の締結及び定期予防接種の実施方法
(1)～(3) (略)	(1)～(3) (略)
(4) 広域予防接種を実施をする場合は、様式第2号、様式第3号及び予診票、経費請求先の市町担当窓口を明記した切手を貼った返信用の封筒を接種希望者に配付する。 <u>なお、様式第2号の有効期限は、発行日または予防接種法施行令第三条第一項に基づく定期接種期間のいずれか遅い日を始期とし、発行日が属する日の年度末または予防接種法施行令第三条第一項に基づく定期接種期間のいずれか早い日を終期とする。ただし、前述する有効期限内であれば、各市町が別途有効期限を設けることは差し支えない。</u>	(4) 広域予防接種を実施をする場合は、様式第2号、様式第3号及び予診票、経費請求先の市町担当窓口を明記した切手を貼った返信用の封筒を接種希望者に配付する。 (新設)
(5)～(6) (略)	(5)～(6) (略)
(7) 委託医療機関が予防接種を実施したときは、被接種者の居住地市町に対し、予診票(写)を添付のうえ、請求書(様式第3号又は様式第4号)を送付する。 <u>なお、様式第3号を使用し、複数の被接種者及びワクチンについて一括請求する場合は、一覧を添付する等請求内訳が分かる書類(任意様式可)を添付すること。委託医療機関に請求書への押印を求める場合は、様式第3号又は様式</u>	(7) 委託医療機関が予防接種を実施したときは、被接種者の居住地市町に対し、予診票(写)を添付のうえ、請求書(様式第3号)を送付する。(新設)

第4号に適宜必要な項目を追加すること。

(8) (略)

4 (略)

5 留意事項

接種対象者、接種方法及び接種時の注意事項等については、予防接種法に基づく政省令、令和6年3月29日付け感発 0329 第2号「「予防接種法第5条第1項の規定による予防接種の実施について」の一部改正について」（厚生労働省健康・生活衛生局感染症対策部長通知）の別添「定期接種実施要領」によるほか、予防接種ガイドライン等検討委員会の示した「予防接種ガイドライン」を参考とするものとする。

6 その他

本要領「3 契約の締結及び定期予防接種の実施方法」(2)から(8)までに定めた実施方法については、電磁的方法により行うことは差し支えない。

その他、広域的予防接種の実施にあたり疑義等が生じた場合は、疾病対策課を通じて、市町長と兵庫県医師会長が協議するものとする。

附則 この要領は令和6年4月1日から施行する。

(8) (略)

4 (略)

5 留意事項

接種対象者、接種方法及び接種時の注意事項等については、予防接種法に基づく政省令、令和5年3月31日付け健発 0331 第19号「「予防接種法第5条第1項の規定による予防接種の実施について」の一部改正について」（厚生労働省健康局長通知）の別添「定期接種実施要領」によるほか、予防接種ガイドライン等検討委員会の示した「予防接種ガイドライン」を参考とするものとする。

6 その他

(新設)

本要領によるほか、広域的予防接種の実施にあたり疑義等が生じた場合は、感染症対策課を通じて、市町長と兵庫県医師会長が協議するものとする。

附則 この要領は令和5年4月1日から施行する。

様式第1号

広域的予防接種申込書

年 月 日

市(町)長様

住所
氏名 (続柄)
電話番号 () -
電子メール

予防接種法等に基づく予防接種について、下記のとおり予防接種を受けたいので承認願います。

接種を受ける人	住所				
	氏名		男女	生年月日	年 月 日 (満 歳 生 月 日)
受ける予防接種の種類					
接種を希望する医療機関	所在地				
	医療機関名				
接種希望日	年 月 日				
広域的予防接種を希望する理由					

- 上記のことについて、下記の条件を付して承認します。
 - 接種を希望する日が属する日の年度末または定期接種の対象期間のいずれか早い日までに接種を受けてください。
 - 上記の接種を希望する医療機関に対し予防接種に関する業務を委託しますので、接種当日に別紙依頼書、請求書及び予診票を当該医療機関あて提出ください。
- 上記のことについて、承認しないこととします。
(不承認の理由)

年 月 日

市(町)長
(担当課)

*個人情報の保護について

この票の個人情報は、本事業の予防接種の安全性の確保を目的に使用します。
また、目的外の使用は禁止します。

予防接種に関する連絡書

年 月 日

様

市(町)長

予防接種法に基づく予防接種について、本市(町)と一般社団法人兵庫県医師会長との間に締結した「広域的予防接種についての契約書」に基づき、下記のとおり、貴院に対し予防接種に関する業務を依頼しますので連絡します。

なお、業務完了後、別紙の請求書(予診票(写)を添付)を、本市(町)担当課あて提出くださいますようお願いいたします。

接種を受ける人	住 所				
	氏 名		男 女	生年 月日	年 月 日 (満 歳 日生 カ月)
受ける予防接種の種類					
委託料	(予診のみの場合				円 円)
自己負担額 (インフルエンザ等)					円
(必要時のみ記載) 接種を依頼する 期間					

※インフルエンザ及び高齢者の肺炎球菌ワクチン等について、自己負担額がある場合は窓口で徴収して下さい。

担当課
所在地
電話番号

*個人情報の保護について

この票の個人情報は、本事業の予防接種の安全性の確保を目的に使用します。
また、目的外の使用は禁止します。

様式第3号

予防接種委託料等請求書

金 円

予防接種法等に基づく予防接種を実施しましたので、上記の金額を請求します。

1 年 月 日付で依頼のあった下記の予防接種
被接種者氏名
予防接種の種類

2 請求額積算
・予診及び接種を実施 円
・予診のみ実施 円

3 添付書類（別紙予診票（写））

4 振込先

振込先	銀行	本店・支店 出張所	普通・当座
口座番号			
フリガナ 口座名義			

年 月 日

市（町）長 様

所在地
医療機関名
医師名
電話番号
電子メール

*個人情報の保護について

この票の個人情報は、本事業の予防接種の安全性の確保を目的に使用します。
また、目的外の使用は禁止します。

様式第4号

予防接種委託料等請求書（一括請求用）

金 円

予防接種法等に基づく予防接種を実施しましたので、上記の金額を請求します。

1 請求を行う予防接種一覧

	依頼日※1	被接種者氏名	接種日※2	予防接種の種類※2	請求額
1					
2					
3					
4					
5					
6					
7					
8					
9					
10					
11					
12					
計					

※1 「依頼日」には、「予防接種に関する連絡書（様式第2号）」が発行された日を記載すること。

※2 予診のみを実施した場合には「接種日」に「受診日」を記載し、「予防接種の種類」の欄に「予診のみ実施」等と記載すること。

2 添付書類（別紙予診票（写））

3 振込先

振込先	銀行	本店・支店	普通・当座
		出張所	
口座番号			
フリガナ 口座名義			

年 月 日

市（町）長 様

所在地
医療機関名
医師名
電話番号
電子メール

*個人情報の保護について

この票の個人情報は、本事業の予防接種の安全性の確保を目的に使用します。
また、目的外の使用は禁止します。