

事務連絡
令和3年9月22日

各

| |
|------|
| 都道府県 |
| 市町村 |
| 特別区 |

 衛生主管部（局） 御中

厚生労働省健康局健康課予防接種室

新型コロナワクチン追加接種（3回目接種）の体制確保について

予防接種行政につきましては、日頃より御理解と御協力を賜り厚く御礼申し上げます。

新型コロナウイルス感染症に係る予防接種については、「新型コロナウイルス感染症に係る予防接種の実施に関する手引き」（令和2年12月17日付け厚生労働省健康局長通知別添。以下「自治体向け手引き」という。）等に基づき適切に御対応いただいているところです。

今般、9月17日に開催された第24回厚生科学審議会予防接種・ワクチン分科会（以下「分科会」という。）において、追加接種（3回目接種）を行う必要があり、その実施の時期は2回接種完了から概ね8か月以上後とすることが妥当であるとの見解が示されました。

分科会での議論を踏まえ、新型コロナウイルス感染症に係るワクチン（以下「新型コロナワクチン」という。）の追加接種を迅速に行うための準備に当たって、現段階において留意すべき事項について下記のとおり御連絡いたします。

各都道府県及び市町村（特別区を含む。以下同じ。）におかれましては、本事務連絡に基づいて追加接種の接種体制を整えていただくとともに、関係機関等への周知をお願いいたします。

なお、本事務連絡は、現時点での情報に基づき、具体的な事務取扱を提示するものであり、今後の検討状況により変更する可能性があることを申し添えます。

記

1 実施期間について

新型コロナウイルス感染症に係る予防接種の実施期間は令和3年2月17日から令和4年2月28日までとされているが、追加接種を実施するに当たっては、当該接種を予防接種法に位置付ける必要があることから、その実施期間について延長の方向で検討

している。なお、分科会での議論を踏まえ、追加接種については、早ければ令和3年12月から開始することを想定しているため、準備に当たって留意すること。

2 接種対象者について

新型コロナワクチンは、厚生労働大臣がその接種の指示を行う際に対象者を指定することとなる。対象者の範囲については、科学的知見や諸外国の対応状況を踏まえ、今後お示しすることとするが、2回目接種を受けた全ての住民が対象となることを想定して準備を進めておくこと。

また、追加接種については、2回目接種を終了した者のうち、概ね8か月以上経過した者を対象に、追加接種を1回行うことを想定している。

なお、1、2回目の接種と同様、原則、接種を受ける日に、住民基本台帳に記録されている者を対象として行うものとする。また、接種を受ける日に、戸籍又は住民票に記載のない者、その他の住民基本台帳に記録されていないやむを得ない事情があると市町村長（特別区長を含む。以下同じ。）が認める者についても、居住の実態がある場合は、接種を実施することができる。

3 ワクチンの種類について

追加接種で使用するワクチンについては、科学的知見等を踏まえ、追ってお示しする。

4 追加接種の準備に当たっての都道府県及び市町村の主な役割分担について

都道府県の役割・・・接種に係る広域調整や進捗管理等の市町村支援、ワクチンの配分調整、専門的相談体制の確保等

市町村の役割・・・接種の実施体制の確保、接種券一体型予診票（※）、案内等の印刷・発送、ワクチンの配分調整、相談体制の確保等

※追加接種においては、予診票と一体化した接種券を用いることとする。

5 市町村において準備しておくべき事項について

(1) 予防接種実施計画等の更新

新型コロナウイルス感染症に係る予防接種実施計画や要領等を必要に応じて更新すること。

(2) 追加接種の実施体制の確保

住民（当該市町村に所在する医療機関等に勤務する医療従事者等を含む。）に対

する追加接種の実施に当たって、自治体における実施体制並びに追加接種実施医療機関及び接種会場を確保すること。追加接種の実施体制の確保に当たっては、自治体向け手引きの第3章2、3に準じ、1、2回目接種時の接種実績等を踏まえ、各市町村における追加接種の見込み数を試算する等、各市町村の実情に応じた必要な準備を進めること。

なお、今回の追加接種においては、医療機関等は、当該医療機関等の医療従事者等の意向を踏まえ、当該者に対し、当該者の住所地外であっても接種を行うことができる。そのため、必要に応じて、都道府県と連携し、管内の医療機関等に対して接種の実施意向の調査を行うとともに、接種の実施意向のある医療機関等に対して、集合契約への参加など必要な準備を促し、当該医療機関等における接種で必要となる量のワクチンの確保を行うこと。

(3) 集合契約

追加接種に当たっての市町村と接種実施医療機関等との契約については、1、2回目接種と同様、原則として集合契約の形で契約を行うこととする。現在効力を有する新型コロナウイルス感染症の予防接種に係る委託契約（集合契約）について、全国知事会と日本医師会の間での変更契約が必要となる可能性があるため、その場合は、変更契約書の案を迫ってお示しする。

なお、既に市町村や医療機関が全国知事会や日本医師会等に契約締結の事務を委任している場合には、市町村や医療機関は新たに委任状を提出する手続等は不要である。

(4) 接種対象者の抽出

接種券一体型予診票等については、2回目接種が終了し、一定期間経過した者をVRS又は予防接種台帳から抽出し、順次送付する。抽出に当たっては、概ね8か月以上経過した際に接種を開始できるよう、対象者を抽出すること。2回目接種後に転居した者、海外で1回又は2回接種済みの者（在留邦人や在日米軍従業員など、国内で予防接種法に基づかない予防接種を受けた者を含む。）、1、2回目の接種記録のVRSへの登録が漏れている者等、VRS又は予防接種台帳から抽出することができない者については、原則として当該者から住民票所在地の市町村に接種券一体型予診票等の発行申請をさせることを想定しており、申請を受けた市町村は当該申請に基づき接種券一体型予診票等を発行すること。

なお、VRS又は予防接種台帳から対象者を抽出できるように、10月末までにはVRS又は予防接種台帳への登録を完了しておくこと。それらの登録に当たっては、早い時期に1、2回目接種を接種券付き予診票で行った医療従事者等に対しては、

結果として、追加接種についても早い段階で接種券一体型予診票等の郵送が必要となることに留意すること。


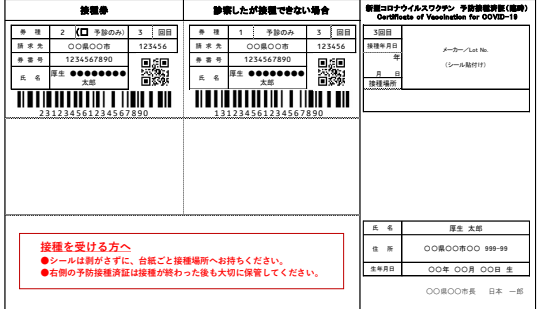
(5) 接種対象者への個別通知

市町村が、当該市町村における新型コロナワクチンの追加接種対象者に対し、接種実施医療機関等が当該市町村の接種対象者であることを確認できる接種券一体型予診票を発行し、追加接種の案内や、接種済証とともに対象者に送付することを想定している。

シール紙の確保・印刷等に係る事務負担や委託事務を軽減する観点から、1、2回目接種時と異なり、接種券と予診票を一体化した新様式を使用することに留意すること。ただし、やむを得ない事情がある場合は、従来の様式の使用も認めることとする。

追加接種対象者が接種会場に接種済証を持参し忘れた場合や接種前に接種済証を紛失した場合は、接種実施医療機関等からは接種記録書を交付し、接種済証が必要な者については、後日、市町村に申請することで、接種済証（様式指定なし）の交付を受けることができるようにすること。また、接種後に接種済証を紛失した場合も、市町村に申請し、VRS等で接種記録を確認することで再発行を受けることができるようにすること。

接種券については、以下の①又は②のいずれかのパターンで作成することとし、接種及び接種後の事務が円滑に行える様式とすること。なお、以下の様式は現時点の案であり、確定版は今後お示しする予定であることに留意すること。

| パターン① | パターン② |
|---|---|
| <p>1) 接種券一体型予診票【上質紙】</p>  <p>※実寸大の様式は別添参照。</p> <p>2) 接種済証【上質紙】</p> | <p>1) 接種券(兼)接種済証【シール素材】</p>  <p>2) 予診票【上質紙又は複写式用紙】</p> <p>左欄の様式と同様とするが、右上の接種券欄は上記の「接種券」を貼り付けるため空欄とする。</p> |

ア 予診票の様式

予診票は、以下の仕様とする。

| 項目 | 仕様 |
|-----|--|
| サイズ | A4 サイズ ※全国統一の標準的な様式を用いること |
| 紙質 | パターン①の場合は、上質紙 55～70Kg ベースとすること パターン②の場合は、上質紙又は複写式用紙とすることとし、欄外の(※)を参照すること |
| その他 | パターン①の場合は、原則として、住所、氏名、生年月日、性別、接種履歴欄に、被接種者の情報を印字すること パターン②の場合は、接種券の貼付け枠を設けること (縦33.0～35.0mm×横63.0mmの接種券の収まるサイズ) |

厚生労働省のホームページから予診票をダウンロードして印刷する際は、印刷画面で「カスタム倍率」を選択し、倍率を100%として印刷を行うこと。

※パターン①の場合、複写式用紙は、各都道府県国民健康保険団体連合会（以下「国保連」という。）における請求支払事務に当たり、OCRで読み込めない等の支障が生じる可能性があるため、原則使用しないこと。特段の理由があり、複写式用紙により作成する場合は、以下の2点を遵守し、上記のパターン②の様式で作成すること。

(i) 1枚目の紙厚は、ノーカーボン紙（感圧紙）N60（コピー用紙と同等、0.08mm、55～70Kg ベース）とすること。

(ii) 記載事項の明瞭さを考慮して、1枚目を国保連提出用とすること。

※予診票に色紙を使用したり、接種券の一部を着色したりする場合等においては、当該加工が国保連の請求支払事務に影響を与える可能性があることから、適宜国保連と事前調整すること。

イ 接種券の様式

接種券は、以下の仕様とする。

(接種券の様式)

| 項目 | 仕様 |
|------|---|
| サイズ | 接種券1枚当たり：縦33.0～35.0mm×横63.0mm |
| 紙質 | (パターン②の場合) 上質紙52～55Kg ベース |
| 糊加工 | (パターン②の場合) 普通粘着以上の糊 |
| 必要枚数 | ・3回目の接種のみを想定するため計1枚 ・(パターン②の場合)「予診のみ」の場合に利用する券を計1枚 |
| その他 | ・OCRの読取りに影響のない用紙であること ・(パターン②の場合) 接種券は台紙から剥がしやすいようミシ |


| | |
|--|------------------|
| | ン目を入れるなどの加工をすること |
|--|------------------|

※（パターン②の場合）上記の仕様を満たす場合、市販の宛名シールを利用することは差し支えない。

※接種券の一部を着色する場合等においては、当該加工が国保連の請求支払事務に影響を与える可能性があることから、適宜国保連と事前調整すること。

（接種券の印字内容）

| No | 印字項目 | 備考 |
|----|---------------------------|--|
| 1 | 券種 | 「2」とし、破線で区切り「(□予診のみ)」と印字すること |
| 2 | 接種回数 | 「3回目」とし、数字と文字の間を破線で区切ること |
| 3 | 請求先 | <ul style="list-style-type: none"> ・市町村名（都道府県名＋市町村名） ・市町村 No（総務省全国地方公共団体コード6桁） ※請求支払事務に支障を来すことのないよう、誤りに留意されたい ※掲載 URL <li style="text-align: center;">https://www.soumu.go.jp/denshijiti/code.html |
| 4 | 券番号 | <ul style="list-style-type: none"> ・算用数字10桁（固定値・前ゼロ詰め） ・市町村において一意となる管理番号とすること |
| 5 | 被接種者氏名 | <ul style="list-style-type: none"> ・20文字 ※判読可能な範囲で文字数を増やすことや、文字のフォントを変更することは差し支えない |
| 6 | 被接種情報登録用バーコード （任意記載事項） | <ul style="list-style-type: none"> ・市町村システム入力支援用 ・NW-7規格 ・サイズ：縦5.6mm×横37.21mm程度 VRS用の18桁に対応する場合は、この限りではない |
| 7 | OCRライン | <ul style="list-style-type: none"> ・国保連システム入力支援用 ・券種（1桁）＋回数（1桁）＋市町村コード（6桁）＋券番号（10桁・固定値） ※バーコードとの間に2mm程度の間隔を設けること ※OCRラインの下へ約1mm以上の余白を設けること ※接種券の大外枠へ黒色など着色された罫線を設けないこと |
| 8 | 二次元コード | <ul style="list-style-type: none"> ・VRSの入力支援用 ・モデル2の二次元コードとすること ・OCRラインの18桁の情報を印字すること |

| | | |
|--|--|--|
| | | <ul style="list-style-type: none"> ・サイズ：縦 10 mm×横 10 mm (クリアエリアを含む必要確保サイズ：縦 11 mm×11 mm程度)  |
|--|--|--|

※数字部分の文字フォントとサイズ：OCR B 9pt

※枠内の文字の上下と罫線の間には 1 mm 程度の間隔を設け、文字と罫線に隙間があること。

※「請求先」市町村 No 及び「OCR ライン」については、国保連及び医療機関等でのタブレットを用いた接種券読み取りに使用するため、誤りの無いよう留意すること。

※パターン①の場合は、パターン②のシール貼付位置と同じ位置になるよう、枠の左上に寄せて接種券を印字すること。

(接種券 (予診のみ) の印字内容：パターン②の場合)

| No | 印字項目 | 備考 |
|----|---------------------------|--|
| 1 | 券種 | 「2」とし、破線で区切り「(■予診のみ)」と印字すること ※マーキング欄は、予め黒塗りした状態とすること |
| 2 | 予診回数 | 「3回目」とし、数字と文字の間を破線で区切ること |
| 3 | 請求先 | <ul style="list-style-type: none"> ・市町村名 (都道府県名+市町村名) ・市町村 No (総務省全国地方公共団体コード 6 桁) ※請求支払事務に支障を来すことのないよう、誤りに留意されたい。 ※掲載 URL https://www.soumu.go.jp/denshijiti/code.html |
| 4 | 券番号 | <ul style="list-style-type: none"> ・算用数字 10 桁 (固定値・前ゼロ詰め) ・市町村において一意となる管理番号とすること |
| 5 | 被接種者氏名 | <ul style="list-style-type: none"> ・20 文字 ※判読可能な範囲で文字数を増やすことや、文字のフォントを変更することは差し支えない |
| 6 | 被接種情報登録用バーコード (任意記載事項) | <ul style="list-style-type: none"> ・市町村システム入力支援用 ・NW-7 規格 ・サイズ：縦 5.6mm×横 37.21mm 程度 VRS 用の 18 桁に対応する場合は、この限りではない |
| 7 | OCR ライン | ・国保連システム入力支援用 |

| | | |
|---|--------|--|
| | | <ul style="list-style-type: none"> ・券種 (1桁) +回数 (1桁) +市町村コード(6桁)+券番号(10桁・固定値) ※バーコードとの間に2mm程度の間隔を設けること ※OCRラインの下へ約1mm以上の余白を設けること ※接種券の大外枠へ黒色など着色された罫線を設けないこと |
| 8 | 二次元コード | <ul style="list-style-type: none"> ・VRSの入力支援用 ・モデル2の二次元コードとすること ・OCRラインの18桁の情報を印字すること ・サイズ：縦10mm×横10mm (クリアエリアを含む必要確保サイズ:縦11mm×横11mm程度) <div style="text-align: center;"> <p>11mm×11mm 10mm×10mm</p> </div> |

※数字部分の文字フォントとサイズ：OCR B 9pt

※枠内の文字の上下と罫線の間隔を1mm程度の間隔を設け、文字と罫線に隙間があること。

※「請求先」市町村No及び「OCRライン」については、国保連及び医療機関等でのタブレットを用いた接種券読取りに使用するため、誤りのないよう留意すること。

(参考) 接種券、接種券(予診のみ)及び接種済証の印刷レイアウト

(パターン① 右上の接種券様式)

| | | | | |
|------------------------|------------|-------------------------------|----|--------|
| 券種 | 2 | <input type="checkbox"/> 予診のみ | 3 | 回目 |
| 請求先 | 〇〇県〇〇市 | | | 123456 |
| 券番号 | 1234567890 | | | |
| 氏名 | 厚生 | ●●●●●●●● | 太郎 | |
| 231234561234567890 | | | | |

※接種券の大外枠へ黒色など着色された罫線を設けないこと。

(参考) 寸法図

| | | |
|-------------------------------|----------|------------------|
| 券種 | タテ 4.5mm | 回目 |
| 請求先 | タテ 4.5mm | 市町村CD |
| 券番号 | タテ 4.5mm | QRコード 10×10mm |
| 氏名 | タテ 8.5mm | |
| NW-7バーコード | | |
| OCRライン(文字サイズ2mm×2mm)OCR B 9pt | | |

(パターン②様式)

| 〒100-8916 東京都千代田区霞が関1-2-2 厚生 太郎 | | あなたの接種券番号 (10桁) 1 2 3 4 5 6 7 8 9 0 | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|--|------------|--|------------|---|---|-----------|-----------|------------|---------|------------|---|------------|------------|------------|------------|------------|------------|------------|---|--|
| <p>新型コロナウイルスワクチンを受けられます。 費用負担はありません。</p> <p>接種を受けるときは、この用紙と予約票を忘れずにお持ちください。</p> | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| <table border="1"> <tr> <th colspan="2">接種券</th> <th colspan="2">接種しなかった場合</th> <th colspan="2">新型コロナウイルスワクチン 予約接種記録(臨時) Certificate of Vaccination for COVID-19</th> </tr> <tr> <td>接種券 No.</td> <td>1234567890</td> <td>接種券 No.</td> <td>1234567890</td> <td>接種券 No.</td> <td>1234567890</td> </tr> <tr> <td>接種券 No.</td> <td>1234567890</td> <td>接種券 No.</td> <td>1234567890</td> <td>接種券 No.</td> <td>1234567890</td> </tr> </table> | 接種券 | | 接種しなかった場合 | | 新型コロナウイルスワクチン 予約接種記録(臨時) Certificate of Vaccination for COVID-19 | | 接種券 No. | 1234567890 | 接種券 No. | 1234567890 | 接種券 No. | 1234567890 | 接種券 No. | 1234567890 | 接種券 No. | 1234567890 | 接種券 No. | 1234567890 | <p>接種を受ける方へ</p> <ul style="list-style-type: none"> ●シールは剥がさず、台紙ごと接種場所へお持ちください。 ●右側の予約接種記録は接種が終わった後も大切に保管してください。 | |
| 接種券 | | 接種しなかった場合 | | 新型コロナウイルスワクチン 予約接種記録(臨時) Certificate of Vaccination for COVID-19 | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 接種券 No. | 1234567890 | 接種券 No. | 1234567890 | 接種券 No. | 1234567890 | | | | | | | | | | | | | | | |
| 接種券 No. | 1234567890 | 接種券 No. | 1234567890 | 接種券 No. | 1234567890 | | | | | | | | | | | | | | | |
| <p>新型コロナウイルス接種記録</p> <table border="1"> <thead> <tr> <th></th> <th>1回目</th> <th>2回目</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>接種日</td> <td>2021年 月 日</td> <td>2021年 月 日</td> </tr> <tr> <td>接種を受けたワクチン</td> <td></td> <td></td> </tr> </tbody> </table> | | | 1回目 | 2回目 | 接種日 | 2021年 月 日 | 2021年 月 日 | 接種を受けたワクチン | | | <table border="1"> <tr> <td>接種券 No.</td> <td>1234567890</td> </tr> <tr> <td>接種券 No.</td> <td>1234567890</td> </tr> <tr> <td>接種券 No.</td> <td>1234567890</td> </tr> </table> | 接種券 No. | 1234567890 | 接種券 No. | 1234567890 | 接種券 No. | 1234567890 | | | |
| | 1回目 | 2回目 | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 接種日 | 2021年 月 日 | 2021年 月 日 | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 接種を受けたワクチン | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 接種券 No. | 1234567890 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 接種券 No. | 1234567890 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 接種券 No. | 1234567890 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

※接種券、予約のみ券、接種済証の配置は変更しないこと。(ただし、接種券部分下の余白は適宜削除することが可能。)

※自治体において必要と判断する場合は、上記のイメージのとおり、台紙の余白に接種券番号や1、2回目接種の記録を印字することも考えられる。(その場合は、1、2回目接種の接種日及び接種を受けたワクチンを印字することとし、レイアウトは適宜変更可能であることとする。)

ウ 接種済証の様式

接種済証は、以下の仕様とする。

(接種済証の様式：パターン①の場合)

| | |
|------|-------------------------------|
| 項目 | 仕様 |
| サイズ | A4 サイズ ※宛名送付台紙と兼ねる様式とすること(任意) |
| 紙質 | 上質紙 55～70Kg ベース |
| 必要枚数 | 下表(接種済証の印字内容)の情報を記載する接種済証を1枚 |

(参考) パターン①の場合の様式イメージ

〒100-8916
東京都千代田区霞が関1-2-2
厚生 太郎

新型コロナウイルスワクチンを受けられます。
費用負担はありません。

接種を受けるときは、この用紙と予約票を忘れずにお持ちください。

新型コロナウイルスワクチン 予防接種済証 (臨時)
Certificate of Vaccination for COVID-19

あなたの接種券番号:

| | | | |
|-------|--------------------------|------|------------------|
| 3回目 | | 氏名 | 厚生 太郎 |
| 接種年月日 | メーカー/Lot No. (シール貼付け) | 住所 | 〇〇県〇〇市〇〇 999-999 |
| 年 | | 生年月日 | 〇〇年 〇〇月 〇〇日 生 |
| 月 | | | |
| 接種場所 | | | 〇〇県〇〇市長 日本 一部 |

新型コロナウイルス接種記録

| | 1回目 | 2回目 |
|------------|-----------|-----------|
| 接種日 | 2021年 月 日 | 2021年 月 日 |
| 接種を受けたワクチン | | |

※自治体において必要と判断する場合は、上記のイメージのとおり、台紙の余白に1、2回目接種の記録を印字することも考えられる。(その場合は、1、2回目接種の接種日及び接種を受けたワクチンを印字することとし、レイアウトは適宜変更可能であることとする。)

(接種済証の様式：パターン②の場合)

| 項目 | 仕様 |
|------|--|
| サイズ | 縦 99.0～105.0mm×横 63.0mm ※タイトル部分は除く |
| 紙質 | 上質紙 52～55Kg ベース |
| 糊加工 | 普通粘着以上の糊 |
| 必要枚数 | 下表（接種済証の印字内容）の情報を記載する接種済証を1枚 |
| その他 | 最上部の表題、3回目記載欄及び接種者等情報欄はそれぞれ切り離すことができないようにすること（ミシン目は不要） |

(接種済証の印字内容)

| No | 印字項目 | 備考 |
|----|-------|-------------------------|
| 1 | 接種回数 | 3回目 → 計1枚 |
| 2 | 接種年月日 | 医療機関等で記入するため、記入領域を設けること |

| | | |
|---|--------------|--|
| 3 | メーカー／Lot No. | 医療機関等でワクチンシール（Lot No）を貼付するため、記入領域を設けること |
| 4 | 接種場所 | 医療機関等で記入するため、記入領域を設けること |
| 5 | 被接種者氏名 | 20 文字 ※判読可能な範囲で文字数を増やすことや、文字のフォントを変更することは差し支えない |
| 6 | 被接種者住所 | 住民票に記載されている住所を印字すること |
| 7 | 被接種者生年月日 | 接種者の生年月日を印字すること |
| 8 | 首長名 | 「都道府県名＋市町村長名」を記載（首長の個人名は印字しないこととすることも可能） |

※数字部分の文字フォントとサイズ：OCR-B 9pt

※枠内の文字の上下と罫線の間には 1 mm 程度の間隔を設け、文字と罫線に隙間があること。

エ 接種記録書の様式

接種記録書は、以下の仕様とする。

(接種記録書の様式)

| 項目 | 仕様 |
|-----|------------------------------------|
| サイズ | A4 サイズ ※全国統一の標準的な様式を用いること |
| その他 | ・氏名、住所、生年月日、券番号は被接種者本人に手書きで記載させること |

※氏名等の偽装等の防止のため、発行時に、氏名等の記載を接種券等と照合すること。

(参考) 接種記録書のイメージ

| 接種年月日 | | メーカー/Lot No. | 氏名 |
|-------|---|--------------|-------------|
| 年 | 月 | (Lot No.欄付) | |
| 月 | 日 | | 住所 |
| 接種会場 | | | 生年月日: 年 月 日 |
| | | | 接種券番号: |


新型コロナワクチンの接種を受けた方へ

○ この接種記録書は、市町村が発行する接種済証ではありません。
 ○ 市町村が発行する接種済証が必要な場合は、住民票がある市町村にお問い合わせください。(発行まで時間を要する場合があります。)

新型コロナワクチンに関する相談先

○ ワクチン接種後に、健康に異常があるとき
 ■ ワクチンの接種を受けた医療機関/かかりつけ医・市町村の相談窓口
 ○ 予防接種による健康被害についての補償(救済)に関する相談
 ■ 市町村の予防接種担当部門

新型コロナワクチンの詳しい情報については、厚生労働省ホームページをご覧ください。右のQRコードからアクセスできます。



※「新型コロナワクチンの接種を受けた方へ」の記載内容については、適宜変更して差し支えない。

(接種記録書の印字内容)

| No | 印字項目 | 備考 |
|----|------------------|--|
| 1 | 接種回数 | 3回目 |
| 2 | 接種年月日 | 医療機関等で記入するため、記入領域を設けること |
| 3 | メーカー /Lot No. | 医療機関等で記入及びワクチンシール (Lot No.) を貼付するため、記入領域を設けること |
| 4 | 接種場所 | 医療機関等で記入するため、記入領域を設けること |
| 5 | 被接種者氏名 | 接種会場で被接種者が手書きで記入するため、記入領域を設けること |
| 6 | 被接種者住所 | 接種会場で被接種者が手書きで記入するため、記入領域を設けること |
| 7 | 被接種者生年月日 | 接種会場で被接種者が手書きで記入するため、記入領域を設けること |
| 8 | 券番号 | 接種会場で被接種者が手書きで記入するため、記入領域を設けること |

(6) 費用請求支払

住民票所在地の医療機関等で接種を行った分の請求支払については、これまでと同様に医療機関等が直接市町村へ請求するものとする。また、住民票所在地以外の医療機関等で接種を行った分の請求支払についても同様に、国保連及び国民健康保険中央会を代行機関とすることとする。現在効力を有する新型コロナウイルス感染症の予防接種等の費用の支払に係る委託契約について都道府県と国保連の間で、別表の請求及び納入期日の改正のための変更契約が必要となるため、追って変更契約書の案をお示しする。

6 都道府県において準備しておくべき事項について

(1) 市町村事務に係る調整

複数市町村にまたがる調整事項が生じた場合には、必要に応じて、都道府県が助言を行い調整すること。また、都道府県は、市町村における新型コロナワクチンの円滑な接種に向けて、進捗管理等必要な協力を行うこと。

今回の追加接種においては、医療機関等は、当該医療機関等の医療従事者等の意向を踏まえ、当該者に対し、当該者の住所地外であっても接種を行うことができる。そのため、必要に応じて、管内市町村と連携し、管内の医療機関等に対して接種の実施意向の調査を行うとともに、接種の実施意向のある医療機関等に対して、集合契約への参加など必要な準備を促し、当該医療機関等における接種で必要となる量のワクチンの確保を行うこと。

(2) その他

1、2回目接種に引き続き、専門的相談体制を維持すること。

7 ワクチンの流通及び分配について

(1) 地域担当卸の選定

地域ごとのワクチンの流通を円滑に行うため、1、2回目接種と同様、都道府県内で各地域担当の医薬品卸売販売業者（以下「卸業者」という。）を予め選定することとする。基本的には現在選定されている卸業者に継続して対応いただくことを想定しているが、必要に応じて、担当地域等を見直す機会を設けることを検討している。詳細は追ってお知らせする。

(2) ワクチンの分配

1、2回目の接種と同様、各ワクチンでクールを設定の上、国・都道府県・市町村が連携して、医療機関等の接種会場へのワクチン分配量を決定する。分配に必要な

な情報については、引き続き、ワクチン接種円滑化システム（V-SYS）により収集及び共有する。

（3）注射針・シリンジ（注射筒）等の分配

注射針・シリンジ（注射筒）等の分配については、ワクチン分配量に応じて決定する。追加接種に当たっては、1 mL のシリンジをできるだけ確保するよう努めている。

（4）その他

ワクチンについては、1、2回目の接種と同様、冷凍での保管が必要なものもあり得るため、必要に応じて国で確保したディープフリーザーを提供することを想定している。詳細は追ってお知らせする。

8 予算について

（1）国の予算

新型コロナワクチン接種の安全かつ円滑な実施に向けて、追加接種に係る接種体制確保に必要な費用については、地方負担が生じることのないよう、国が全額を負担する方針のもと、必要な予算については今後措置する予定である。

そのため、別途所要額調査を行うこととする。

（2）各地方公共団体における準備及び予算の早期成立

早ければ12月から追加接種が開始されることを踏まえ、各地方公共団体の補正予算等の早期の編成・成立等に向けて、手続を進めていただきたい。

なお、新型コロナウイルスワクチン接種体制確保事業は、これまでと同様の国庫補助事業として実施することから、都道府県及び市町村において、適切な方法で区分経理を行い、歳入歳出を処理すること。

新型コロナワクチン接種の予診票（追加接種用）

※太枠内にご記入またはチェック☑を入れてください。

| | | |
|-----|-------------------------------------|-------------|
| 券種 | 2 (<input type="checkbox"/> 予診のみ) | 3 回目 |
| 請求先 | 〇〇県〇〇市 | 1 2 3 4 5 6 |
| 券番号 | 1 2 3 4 5 6 7 8 9 0 | |
| 氏名 | 厚生 ●●●●●●●● 太郎 | |



| | | | | |
|---------------|------|----------------------------|----------------------------|--------|
| 住民票に記載されている住所 | 都道府県 | | 市区町村 | |
| フリガナ | 氏名 | | 電話番号 | () |
| 生年月日(西暦) | 年 | 月 | 日生(満 | 歳) |
| | | <input type="checkbox"/> 男 | <input type="checkbox"/> 女 | 診察前の体温 |
| | | | | 度 |
| | | | | 分 |

| 質問事項 | 回答欄 | 医師記入欄 |
|--|--|-------|
| 新型コロナワクチンの接種をいつ受けましたか。 接種日(1回目: 年 月 日、2回目: 年 月 日) 接種を受けたワクチン() | <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ | |
| 現時点で住民票のある市町村と、クーポン券に記載されている市町村は同じですか。 | <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ | |
| 『新型コロナワクチンの説明書』を読んで、効果や副反応などについて理解しましたか。 | <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ | |
| 現在、何らかの病気にかかって、治療(投薬など)を受けていますか。 病名: <input type="checkbox"/> 心臓病 <input type="checkbox"/> 腎臓病 <input type="checkbox"/> 肝臓病 <input type="checkbox"/> 血液疾患 <input type="checkbox"/> 血が止まりにくい病気 <input type="checkbox"/> 免疫不全 <input type="checkbox"/> 毛細血管漏出症候群 <input type="checkbox"/> その他() 治療内容: <input type="checkbox"/> 血をサラサラにする薬() <input type="checkbox"/> その他() | <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ | |
| 最近1ヶ月以内に熱が出たり、病気にかかったりしましたか。 病名() | <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ | |
| 今日、体に具合が悪いところがありますか。 症状() | <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ | |
| けいれん(ひきつけ)を起こしたことがありますか。 | <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ | |
| 薬や食品などで、重いアレルギー症状(アナフィラキシーなど)を起こしたことがありますか。 薬・食品など原因になったもの() | <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ | |
| これまでに予防接種を受けて具合が悪くなったことはありますか。 種類() 症状() | <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ | |
| 現在妊娠している可能性(生理が予定より遅れているなど)はありますか。または、授乳中ですか。 | <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ | |
| 2週間以内に予防接種を受けましたか。 種類() 受けた日() | <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ | |
| 今日の予防接種について質問がありますか。 | <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ | |

| | | |
|-------|---|------------|
| 医師記入欄 | 以上の問診及び診察の結果、今日の接種は(<input type="checkbox"/> 可能 ・ <input type="checkbox"/> 見合わせる) 本人に対して、接種の効果、副反応及び予防接種健康被害救済制度について、説明した。 | 医師署名又は記名押印 |
|-------|---|------------|

| | |
|---------|---|
| 医療機関記入欄 | <input type="checkbox"/> 時間外(受付時間 :) <input type="checkbox"/> 休日 <input type="checkbox"/> 小児(6歳未満) <input type="checkbox"/> 予備① <input type="checkbox"/> 予備② |
|---------|---|

※該当する項目について、マークの形からはみ出さないように濃く塗りつぶしてください。

新型コロナワクチン接種希望書

医師の診察・説明を受け、接種の効果や副反応などについて理解した上で、接種を希望しますか。(接種を希望します ・ 接種を希望しません)

この予診票は、接種の安全性の確保を目的としています。

このことを理解の上、本予診票が市町村、国民健康保険中央会及び国民健康保険団体連合会に提出されることに同意します。

年 月 日 被接種者又は保護者自署

(※自署できない場合は代筆者が署名し、代筆者氏名及び被接種者との続柄を記載)
(※被接種者が16歳未満の場合は保護者自署、成年被後見人の場合は本人又は成年後見人自署)

| | | | | |
|-------|--|-----------------------------|----------------|-----------------------------------|
| 医師記入欄 | ワクチン名・ロット番号 | 接種量 | 実施場所・医師名・接種年月日 | ※医療機関等コード・接種年月日は枠内に収まるよう記入してください。 |
| | シール貼付位置 | <input type="checkbox"/> ml | 実施場所 | 医療機関等コード |
| | ※枠に合わせてまっすぐに貼り付けてください (注)有効期限が切れていないか確認 | | 医師名 | 接種年月日 ※記入例) 4月1日→04月01日 |
| | | | | 202 年 月 日 |

令和3年9月22日

市議会議員各位

小金井市内介護事業所における新型コロナウイルス感染について

令和3年9月21日（火）、小金井市内介護事業所において、抗原検査陽性者が発生したことが判明しました。詳細については下記のとおりです。

記

1 事業所名等（サービス種別）

桜町聖ヨハネホーム（介護老人福祉施設）

所在地：小金井市桜町1-2-24

2 経過

9月18日（土）利用者1名が発熱

9月21日（火）同利用者について抗原検査を実施した結果、陽性判明

3 今後の対応等について

- (1) 保健所の指導に従って対応を行い、濃厚接触者を特定しました。今後も感染防止対策を行いながらサービス提供を継続するとのことです。
- (2) 当該事業所と調整のうえ、市ホームページにおいて公表を行う予定です。
- (3) 今後も事業所と連携のうえ、感染拡大防止を図ってまいります。

4 人権尊重・個人情報保護について

介護事業所職員、ご利用者、ご家族等の人権尊重・個人情報保護に特段のご理解とご配慮をお願いします。

| | |
|------|--------------|
| 問合せ先 | 小金井市福祉保健部 |
| | 介護福祉課 介護保険係 |
| | 042-387-9822 |