

長浜市告示第171号

長浜市高齢者の肺炎球菌ワクチン接種助成要綱（平成26年長浜市告示第285号）の一部を次のように改正する。

令和7年4月1日

長浜市長 浅見 宣義

題名を次のように改める。

長浜市高齢者の肺炎球菌及び带状疱疹ワクチン接種助成要綱

第1条中「肺炎球菌」の次に「及び带状疱疹」を加え、「ワクチン接種を受けやすくし、肺炎感染による死亡者及び重症者の発生を減らすとともに」を「ワクチン接種に係る費用負担を軽減し、」に改める。

第2条を次のように改める。

（助成対象者）

第2条 助成の対象となる者は、ワクチン接種を受ける日において、市内に住所を有し、かつ、生活保護法（昭和25年法律第144号）による被保護世帯に属する者であって、次の各号に掲げる予防接種の種類に応じ、当該各号に定めるものとする。

- (1) 高齢者の肺炎球菌 65歳の者又は60歳以上65歳未満の者であって、心臓、腎臓若しくは呼吸器の機能の障害又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で定めるもの
- (2) 带状疱疹 65歳の者又は60歳以上65歳未満の者であって、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で定めるもの

第4条第1項中「号）」の次に「又は長浜市带状疱疹ワクチン接種助成券交付申請書（様式第2号）」を加え、同条第2項中「受けたとき」を「受けた場合」に、「（様式第2号。以下「助成券」という。））」を「（様式第3号）又は長浜市带状疱疹ワクチン接種助成券（様式第4号）（以下これらを「助成券」という。））」に改める。

第6条中「（様式第3号）」を「（様式第5号）又は長浜市带状疱疹ワクチン接種助成金償還払申請書兼請求書（様式第6号）」に改める。

附則第2項の前の見出し及び同項並びに附則第3項を削る。

附則第4項中「平成31年4月1日から平成36年3月31日」を「令和7年4月1日から令和12年3月31日」に、「第2条第1項」を「第2条第2号」に、「又は」を「若しくは」に改め、同項を附則第2項とする。

附則第5項中「平成31年4月1日から平成32年3月31日」を「令和7年4月1日から令和8年3月31日」に、「平成31年3月31日」を「令和7年3月31日」に改め、同項を附則第3項とする。

様式第1号から様式第3号までを次のように改める。

様式第 1 号（第 4 条関係）

長浜市高齢者肺炎球菌ワクチン接種助成券交付申請書

年 月 日

長浜市長 あて

住 所
申請者 氏 名
電話番号

次のとおり、長浜市高齢者肺炎球菌ワクチン接種助成券の交付を申請します。
なお、交付申請の審査に当たり被保護世帯名簿を閲覧されることに同意しま
す。

長浜市高齢者肺炎球菌ワクチン予防接種助成券の交付を希望する対象者の氏
名、生年月日及び年齢

氏 名	生 年 月 日	年 齢
	年 月 日	歳
	年 月 日	歳
	年 月 日	歳

備考 同じ世帯に 2 人以上の対象者がいる場合は、この申請書にまとめて記載
することができます。

長浜市帯状疱疹ワクチン接種助成券交付申請書

年 月 日

長浜市長 あて

住 所
申請者 氏 名
電話番号

次のとおり、長浜市帯状疱疹ワクチン接種助成券の交付を申請します。
なお、交付申請の審査に当たり被保護世帯名簿を閲覧されることに同意します。

長浜市帯状疱疹ワクチン接種助成券の交付を希望する対象者の氏名、生年月日、年齢及び接種を希望するワクチンの種類は下記のとおりです。

氏 名	生 年 月 日	年 齢	希望するワクチンの種類 (下記①②の <u>どちらかに○を</u> 付けてください。)	
	年 月 日	歳	①乾燥弱毒生水痘ワクチン「ビケン」	
			②乾燥組換え帯状疱疹ワクチン(シングリックス)	
	年 月 日	歳	①乾燥弱毒生水痘ワクチン「ビケン」	
			②乾燥組換え帯状疱疹ワクチン(シングリックス)	
	年 月 日	歳	①乾燥弱毒生水痘ワクチン「ビケン」	
			②乾燥組換え帯状疱疹ワクチン(シングリックス)	

備考 同じ世帯に複数の対象者がいる場合は、この申請書にまとめて記載することができます。

様式第3号（第4条関係）

番号 _____

長浜市高齢者肺炎球菌ワクチン接種助成券
全額公費負担

この助成券は、被接種者が高齢者肺炎球菌ワクチンを接種する時に利用できます。

被接種者氏名		生年月日	年	月	日
住所	長浜市 町				
有効期限	年 月 日				
接種年月日	年 月 日				
接種医療機関					

- (注) 1 この券は、本人（被接種者）以外は利用できません。
2 この券は、指定医療機関でのみ利用できます。
3 この券は、長浜市から転出された場合は利用できません。
4 必ず接種時に接種医療機関窓口に提出してください。

年 月 日発行

長浜市長

様式第 3 号の次に次の 3 様式を加える。

様式第 4 号（第 4 条関係）

番号 _____

長浜市带状疱疹ワクチン接種助成券

全額公費負担

この助成券は、被接種者が带状疱疹ワクチンを接種する時に利用できます。

被接種者氏名		生年月日	年	月	日
住所	長浜市 町				
有効期限	年 月 日				
接種ワクチン					
接種年月日	年 月 日				
接種医療機関					

- (注) 1 この券は、本人（被接種者）以外は利用できません。
2 この券は、指定医療機関でのみ利用できます。
3 この券は、長浜市から転出された場合は利用できません。
4 必ず接種時に接種医療機関窓口に提出してください。

年 月 日発行

長浜市長

様式第 5 号（第 6 条関係）

長浜市高齢者用肺炎球菌ワクチン接種助成金償還払申請書兼請求書

年 月 日

長浜市長 あて

住 所
申請者 氏 名
電話番号

次のとおり、長浜市高齢者用肺炎球菌ワクチン接種助成金の交付を申請します。
なお、交付申請の審査のため、被保護世帯名簿を閲覧されることに同意します。

フリガナ	
被接種者氏名	
住所	長浜市 町 番 号 番地
生年月日	年 月 日 (歳)

接種日	年 月 日
接種医療機関	
支払額	円

振込先金融機関

金融機関名		金融機関 支店名	支店・本店 出張所
預金種別	普通 ・ 当座	フリガナ	
口座番号		口座名義	

様式第 6 号（第 6 条関係）

長浜市带状疱疹ワクチン接種助成金償還払申請書兼請求書

年 月 日

長浜市長 あて

住 所
申請者 氏 名
電話番号

次のとおり、長浜市带状疱疹ワクチン接種助成金の交付を申請します。
なお、交付申請の審査のため、被保護世帯名簿を閲覧されることに同意します。

フリガナ	
被接種者氏名	
住所	長浜市 町 番 号 番地
生年月日	年 月 日 (歳)

接種日	年 月 日
接種ワクチン	
接種医療機関	
支払額	円

振込先金融機関

金融機関名		金融機関 支店名	支店・本店 出張所
預金種別	普通 ・ 当座	フリガナ	
口座番号		口座名義	

附 則

この要綱は、令和 7 年 4 月 1 日から施行する。