

肺炎球菌感染症予防接種のご案内

〒 816-0851
春日市昇町1丁目120

春日 太郎 様

事前にご確認ください。

- ①この案内が届いた人でも、過去に肺炎球菌予防接種を受けたことがある人は対象外です。
- ②世帯の全員が市民税非課税の人は、別途申請で自己負担が無料になります。詳しくは別紙をご確認ください。
- ③この案内が届く前に市に申請をした人には、決定通知が重複する可能性があります。その場合、本紙は破棄し

1

この案内は、令和8年1月26日 現在で
春日市で肺炎球菌感染症予防接種の助成を
受けていない対象者に送付しています。

【問い合わせ先】



みんなで
春をつくろう

〒816-0851

春日市昇町1丁目120番地(春日市いきいきプラザ)

春日市 健康課 健康づくり担当

電 話 092-501-1134

ファックス 092-501-1135

(様式第2号) 春日市高齢者肺炎球菌感染症予防接種事業決定通知書

接種を希望される方へ

次のとおり、春日市予防接種実施要綱の規定により、予防接種を実施する者であることを決定しましたので、指定医療機関に問合せ、予約の上、接種してください。

被接種者

住 所	春日市昇町1丁目120		
接種を受ける人の氏名	春日 太郎	性別	男
生年月日	昭和35年〇月〇日		

上記の者は、春日市高齢者肺炎球菌感染症予防接種事業の予防接種を実施する者として、決定する。

自己負担金 あり

決定日 令和8年1月26日

使用ワクチン・自己負担金表		
令和8年3月31日まで	23価肺炎球菌荚膜ポリサッカライドワクチン (PPSV23)	3,000円
令和8年4月1日から	沈降20価肺炎球菌結合型ワクチン (PCV20)	5,800円程度 (予定)

春日市長 井上 澄

黒色の電子公印を使用しています。

この決定通知書の有効期間は、令和8年1月26日 から 66歳になる誕生日の前日 までです。

次の事項について、決定に当たり、確認をしておりますので、接種前に再度確認いただきますようお願いします。	備考
肺炎球菌感染症ワクチンによる予防接種を過去に受けていません。	過去に接種歴のある人は原則受けられません。(詳細別紙)

※ 決定を受けた方は、「高齢者肺炎球菌感染症の予防接種を希望される人へ」をお読みにになり、以下の準備をお願いします。

- ・本書（裏面の予診票を記入）
- ・マイナンバーカードなど本人確認ができる書類
- ・高齢者肺炎球菌予防接種済証
- ・自己負担金（有料の場合）

※ 本紙は接種時に指定医療機関に提出してください。

※ 接種時に春日市から転出されている場合は、この決定通知書は使用できません。転出をされた場合、本紙は廃棄してください。万が一接種した場合は速やかに健康課へご連絡ください。（501-1134）

(様式第3号) 高齢者肺炎球菌感染症予防接種予診票 (定期接種)

接種を希望される方へ：太枠内にご記入ください。
なお、ご記入いただいた氏名・住所等の情報（以下「個人情報」といいます。）は、予防接種に係る予診の目的及び春日市への委託料の請求にのみ使用いたします。また、個人情報の安全管理のために必要な措置を講じ、適正に保持いたします。

		予診前の体温	度	分
住 所	春日市昇町1丁目120	電話番号	()	-
接種を受ける人の氏名	カスカ タロウ 春日 太郎	性別		男
生年月日	昭和35年〇月〇日		(満 65 歳)	

質 問 事 項	回 答 欄	医師記入欄
過去に沈降20価肺炎球菌結合型ワクチン又は23価肺炎球菌莢膜ポリサッカライドワクチン等の肺炎球菌予防接種を受けたことがありますか？	いいえ はい	
1か月以内に予防接種を受けましたか？（予防接種の種類：)	いいえ はい	
今日の予防接種の効果や副反応などについて理解しましたか？	はい いいえ	
今日、体の具合の悪いところがありますか？ ○具体的な症状を書いてください()	いいえ はい	
現在、何か病気にかかっていますか？ ○病名()	いいえ はい	
その病気で治療(投薬など)を受けていますか？ ○薬の名前・種類()	いいえ はい	
心臓、血管、血液、腎臓、肝臓、脳神経、免疫不全症などの病気にかかり医師の診察を受けたことがありますか？ ○病名()	いいえ はい	
最近1か月以内に熱が出たり、病気にかかったりしましたか？ ○病名()	いいえ はい	
薬や食品で皮膚に発疹やじんま疹が出たり、体の具合が悪くなったことがありますか？	いいえ はい	
ひきつけ(けいれん)を起こしたことがありますか？	いいえ はい	
これまでに予防接種を受けて具合が悪くなったことがありますか？ ○予防接種の名前()	いいえ はい	
「高齢者肺炎球菌感染症の予防接種を希望される方へ」を読んで、質問はありますか？	いいえ はい	

医師記入欄	
以上の問診及び予診の結果、今日の予防接種は（可能 ・ 見合わせる）	
本人に対して、予防接種の効果、副反応及び予防接種の健康被害制度について説明した。	
【医師署名または記名押印 _____】	

高齢者肺炎球菌感染症予防接種希望書 (医師の診察の結果、接種が可能と判断された後にご記入ください。)	
私は、医師の診察・説明を受け、肺炎球菌感染症予防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。	
年 月 日	
被接種者署名 _____	※代筆者氏名 _____ 被接種者との関係（続柄等） _____
(※自署できない方の場合、家族などの代理人が署名し、代理人氏名及び被接種者との続柄を記載してください。)	

使用ワクチン名	接種経路	実施場所・接種医師名・接種年月日
名称： 製造番号：	筋肉内 ・ 皮下 (接種量： 0.5mL)	実施場所： 医師名： 接種年月日： 年 月 日