

令和6年12月20日

会 員 各 位

柏 市 医 師 会
担 当 理 事 岡 田 剛

令和7年度柏市個別予防接種の実施について

令和7年度の柏市個別予防接種事業の実施協力依頼が柏市よりありましたので、参加される医療機関におかれましては、承諾書を提出し接種医師の登録をお願い申し上げます。

**承諾書(原本：押印した承諾書)は、医師会事務所へ令和7年1月10日(金)までに
ご提出下さい**(期限を過ぎて提出の場合は、市民への広報名簿(初版)に掲載されません)。

* 承諾書用紙は柏市医師会ホームページからもダウンロードできます。

* 委託期間：令和7年4月1日から令和8年3月31日まで

但し高齢者インフルエンザ予防接種及び小児インフルエンザは10月1日から翌年1月31日まで。新型コロナワクチンは10月1日から翌年3月31日まで。

* 委託料：下記の通り

* 承諾書は押印された原本をお送りください(コピーを自院控えとして下さい)。

< 定期予防接種 > 単位 円

| A 類 | 予防接種の種類 | 委託料 | 予防接種の種類 | 委託料 |
|-----|-------------------|---------|--------------|-------------------------|
| | | 小児用肺炎球菌 | 12,015 | 子宮頸がん(サーバリックス、ガーダシル) |
| | ヒブ(Hib) | 9,380 | 子宮頸がん(シルガード) | 29,285 |
| | 5種混合(DPT-IPV-Hib) | 20,232 | BCG | 12,360 |
| | 4種混合(DPT-IPV) | 11,245 | 麻しん1期 | 8,323 |
| | 3種混合(DPT) | 5,756 | 麻しん2期 | 7,023 |
| | 2種混合(DT) | 4,740 | 風しん1期 | 8,323 |
| | 不活化ポリオ(IPV) | 9,940 | 風しん2期 | 7,023 |
| | 麻しん風しん混合(MR)1期 | 11,865 | 水痘 | 10,160 |
| | 麻しん風しん混合(MR)2期 | 10,565 | 乳児B型肝炎 | 6,491 |
| | 日本脳炎(6ヶ月~7歳6ヶ月) | 7,520 | ロタ(ロタリックス) | 14,365 |
| | 日本脳炎(9歳~20歳未満) | 5,655 | ロタ(ロタテック) | 9,338 |
| | 不適格者(A類) | 2,395 | | |
| B 類 | 予防接種の種類 | 委託料 | 受診者負担額 | |
| | 高齢者インフルエンザ | 2,819 | 1,500 | |
| | 高齢者インフルエンザ | 4,319 | 0 | 生活保護受給世帯の者 |
| | 高齢者肺炎球菌 | 5,519 | 3,000 | |
| | 高齢者肺炎球菌 | 8,519 | 0 | 生活保護受給世帯の者 |
| | 新型コロナワクチン | - | - | 国の方針が示されましたら市よりお知らせします。 |
| | 不適格者 | 1,830 | | |

< 柏市任意おたふくかぜ予防接種費用助成 >

委託料(助成額)：1回2,500円を上限として、最大2回までを予定

< 柏市小児インフルエンザ予防接種費用助成 >

委託料(助成額)：1回1,500円を上限として、最大2回までを予定

- < 柏市風しん等予防接種費用助成による予防接種（柏市風しん予防接種費用助成事業） >
委託料（助成額）：風しん：3,000円、MR：5,000円
- < 風しん抗体検査（感染症の予防及び感染症の患者に対する医療に関する法律） >
委託料（助成額）：EIA法 6,952円、HI法 5,423円 *風しん追加的対策終了に伴って変更の可能性があります。

1/10（金）必着

承諾書の提出について

- 承諾書は、医療機関代表者の印が押された原本の提出が必要になります。
- 原本を郵送または持参で医師会事務所にお届けください。
- 接種医師 20名までは、様式1にて提出してください。接種項目が同じである医師が20名以上になりましたら、様式2を使用して、必ず様式1にホチキス等で留めて接種項目が同定できるようにしてください。（様式1、2共に、柏市医師会ホームページからエクセル形式でダウンロードできます。様式1をダウンロードする場合は、用紙サイズA3で印刷して下さい。）
- 情報共有用メールアドレスについて、ご記載のご協力をお願いいたします。

【様式1】同封の用紙をご使用ください。ダウンロードの場合は用紙サイズA3でご提出ください。

【様式1】

柏市医師会様
柏市長 様
令和 年 月 日

医師会名称
所在地
電話番号
メールアドレス
病（院）院長氏名

令和7年度 柏市個別予防接種等実施協力承諾書

私は、予防接種及び風しん抗体検査の実施に関する要請について、下記の内容で協力することを承諾します。

1 承諾期間
令和7年4月1日から令和8年3月31日まで
※高齢者インフルエンザ及び小児インフルエンザは令和7年10月1日から令和8年1月31日まで
※新型コロナウイルスは令和7年10月1日から令和8年3月31日まで

2 予防接種 承諾内容（協力する種別は○を記入してください）

| 予防接種の種類 | 承諾可否 | 予防接種の種類 | 承諾可否 |
|-------------|------|-------------|------|
| 1種混合（DT1P1） | | 2種混合（DT2） | |
| 2種混合（DT2） | | 3種混合（DT3） | |
| 3種混合（DT3） | | 4種混合（DT4） | |
| 5種混合（DT5） | | 6種混合（DT6） | |
| 7種混合（DT7） | | 8種混合（DT8） | |
| 9種混合（DT9） | | 10種混合（DT10） | |
| 11種混合（DT11） | | 12種混合（DT12） | |
| 13種混合（DT13） | | 14種混合（DT14） | |
| 15種混合（DT15） | | 16種混合（DT16） | |
| 17種混合（DT17） | | 18種混合（DT18） | |
| 19種混合（DT19） | | 20種混合（DT20） | |

3 風しん抗体検査 承諾内容（協力する種別は○を記入してください）

| 承諾可否 |
|------|
| |

4 予防接種実施協力医師の捺印が予防接種に協力します。

| No. | 医師会所属名 | No. | 接種医師氏名 | 柏市医師会 |
|-----|--------|-----|--------|--------|
| 1 | 会員・非会員 | 11 | | 会員・非会員 |
| 2 | 会員・非会員 | 12 | | 会員・非会員 |
| 3 | 会員・非会員 | 13 | | 会員・非会員 |
| 4 | 会員・非会員 | 14 | | 会員・非会員 |
| 5 | 会員・非会員 | 15 | | 会員・非会員 |
| 6 | 会員・非会員 | 16 | | 会員・非会員 |
| 7 | 会員・非会員 | 17 | | 会員・非会員 |
| 8 | 会員・非会員 | 18 | | 会員・非会員 |
| 9 | 会員・非会員 | 19 | | 会員・非会員 |
| 10 | 会員・非会員 | 20 | | 会員・非会員 |

5 柏市指定医療機関名簿の掲載、柏市ホームページでの周知について市民への情報提供として周知してよいかを記入してください。記入のない場合は、周知いたしません。また、特記事項があれば記入してください。（特）○欄以上のみ受付

指定医療機関名簿の掲載、柏市ホームページ等での周知についてよいか
 周知してよい 周知しない

6 情報共有用メールアドレスについて（必須）

柏市健康増進課 予防接種担当 電話：04-7128-8166

* 予防接種法施行令第4条により、市長は予防接種を行う医師の氏名及び予防接種の場所を公告して行うこととされていますので、変更のある場合は、速やかに「個別予防接種承諾書変更届」（柏市医師会ホームページからダウンロードできます）を利用し届出を行ってください。

※ 定期予防接種を行うにあたって

柏市医師会では、定期予防接種を行う医師向けに「予防接種研修プログラム（令和5年6月版）」を用意しています（医師会ホームページに掲載）。設問に答える形式で、「問題編」「回答用紙」「解説編」の3部構成です。

新規開設医療機関で乳幼児の定期接種を行う場合は必須ですが、普段通りに予防接種を行っている場合でも、この「予防接種研修プログラム」を改めてご覧になって、法律に基づく定期接種についてご確認頂き、誤接種の防止にお役立て頂ければ幸いです。

Q&A（例）

21. 定期接種にあたり、不明な点があった場合は、どこに問い合わせるのでしょうか？

柏市健康増進課 予防接種担当 電話：04-7128-8166