

令和5年1月25日

一般社団法人大阪府医師会
会長 高井 康之 様

大阪市健康局長 新谷 憲一

大阪市インフルエンザ予防接種の接種期間の延長について

平素は、本市保健衛生行政に格別の御理解、御協力を賜り厚くお礼申し上げます。

さて、大阪市では、新型コロナウイルス感染症とインフルエンザの併発による高齢者の重症化を防ぐこと及び医療のひっ迫を防ぐことを目的に、令和4年度については予防接種法に基づくインフルエンザ予防接種を無償で実施しており、円滑な接種に向けて御協力をお願いしているところですが、令和5年に入り、大阪市におけるインフルエンザの定点あたりの報告数が注意報レベルの10を超え、流行期に入ったことから、インフルエンザワクチン接種を希望される方が令和5年1月以降も適切に接種できるよう、令和4年度に限り、実施期間を令和5年2月28日（火曜日）まで1か月間延長することといたします。

つきましては、今年度の大阪市インフルエンザ予防接種の円滑な実施にあたり、御協力を賜りますようよろしくお願いいたします。なお、貴会所属の委託医療機関の長あてに次のとおり送付させていただきますので、御配慮のほどよろしくお願いいたします。

記

送付書類

- 1 大阪市インフルエンザ予防接種の期間延長にかかる取扱いについて
- 2 大阪市インフルエンザ予防接種実施期間延長のお知らせ（医療機関掲示ビラ）

【担当】

大阪市保健所

感染症対策課（感染症グループ）

電話 06-6647-0656・0954

管理課（保健事業グループ）

電話 06-6647-0643

令和5年1月25日

各地区医師会会長 様

大阪市健康局長 新谷 憲一

大阪市インフルエンザ予防接種の接種期間の延長について

平素は、本市保健衛生行政に格別の御理解、御協力を賜り厚くお礼申し上げます。

さて、大阪市では、新型コロナウイルス感染症とインフルエンザの併発による高齢者の重症化を防ぐこと及び医療のひっ迫を防ぐことを目的に、令和4年度については予防接種法に基づくインフルエンザ予防接種を無償で実施しており、円滑な接種に向けて御協力をお願いしているところですが、令和5年に入り、大阪市におけるインフルエンザの定点あたりの報告数が注意報レベルの10を超え、流行期に入ったことから、インフルエンザワクチン接種を希望される方が令和5年1月以降も適切に接種できるよう、令和4年度に限り、実施期間を令和5年2月28日（火曜日）まで1か月間延長することといたします。

つきましては、今年度の大阪市インフルエンザ予防接種の円滑な実施にあたり、御協力を賜りますようよろしくお願いいたします。なお、貴会所属の委託医療機関の長あてに次のとおり送付させていただきますので、御配慮のほどよろしくお願いいたします。

記

送付書類

- 1 大阪市インフルエンザ予防接種の期間延長にかかる取扱いについて
- 2 大阪市インフルエンザ予防接種実施期間延長のお知らせ（医療機関掲示ビラ）

【担当】

大阪市保健所

感染症対策課（感染症グループ）

電話 06-6647-0656・0954

管理課（保健事業グループ）

電話 06-6647-0643

令和5年1月25日

インフルエンザ予防接種
委託医療機関（施設）の長 様

大阪市健康局長 新谷 憲一

大阪市インフルエンザ予防接種の接種期間の延長について

平素は、本市保健衛生行政に格別の御理解、御協力を賜り厚くお礼申し上げます。
さて、大阪市では、新型コロナウイルス感染症とインフルエンザの併発による高齢者の重症化を防ぐこと及び医療のひっ迫を防ぐことを目的に、令和4年度については予防接種法に基づくインフルエンザ予防接種を無償で実施しており、円滑な接種に向けて御協力をお願いしているところですが、令和5年に入り、大阪市におけるインフルエンザの定点あたりの報告数が注意報レベルの10を超え、流行期に入ったことから、インフルエンザワクチン接種を希望される方が令和5年1月以降も適切に接種できるよう、令和4年度に限り、実施期間を令和5年2月28日（火曜日）まで1か月間延長することといたします。

つきましては、「予防接種法に基づくインフルエンザ予防接種」と「公害健康被害の補償等に関する法律に基づく大阪市公害健康被害被認定者のインフルエンザ予防接種自己負担費用の助成」につきまして、次のとおり送付させていただきますので、今年度の大阪市インフルエンザ予防接種の円滑な実施にあたり、御協力を賜りますようよろしくお願い申し上げます。

記

送付書類

- 1 大阪市インフルエンザ予防接種の期間延長にかかる取扱いについて
 - (1) 「予防接種法に基づくインフルエンザ予防接種の実施について」 【担当：感染症対策課】
 - (2) 「公害健康被害の補償等に関する法律に基づく大阪市公害健康被害被認定者のインフルエンザ予防接種自己負担費用助成事業の実施について」 【担当：管理課】
- 2 大阪市インフルエンザ予防接種実施期間延長のお知らせ（医療機関掲示ビラ）

【担当】

大阪市保健所

感染症対策課（感染症グループ）

電話 06-6647-0656・0954

管理課（保健事業グループ）

電話 06-6647-0643

大阪市インフルエンザ予防接種の期間延長にかかる取扱いについて

1 予防接種法に基づくインフルエンザ予防接種の実施について

〔 担当：保健所感染症対策課
問合せ先：06-6647-0656 〕

- (1) 対象者 ①65歳以上の者
②60歳以上65歳未満の者であって、心臓、じん臓又は呼吸器の機能に自己の身の日常生活活動が極度に制限される程度の障がいや又はヒト免疫不全ウイルスにより免疫の機能に日常生活がほとんど不可能な程度の障がいやを有するもの（身体障がい者手帳1級相当）
- (2) 接種回数 1回
- (3) 接種期間 【延長前】令和4年10月1日～令和5年1月31日
【延長後】令和4年10月1日～**令和5年2月28日**《令和4年度のみ》
- (4) 自己負担 なし（対象者全員）《令和4年度のみ》
- (5) 委託料単価 接種料（自己負担なし）5,038円
見合わせ料 3,168円
- (6) その他 ①被接種者に対して償還払い方式による接種料の還付は行わない。
②無料接種券は交付しない。
③東日本大震災の被災者が本市に滞在中にインフルエンザの予防接種を希望される場合、自己負担なしで接種できる取扱いとする。

2 公害健康被害の補償等に関する法律に基づく大阪市公害健康被害被認定者のインフルエンザ予防接種自己負担費用助成事業の実施について

〔 担当：保健所管理課
問合せ先：06-6647-0643 〕

- (1) 対象者
- ① 65歳以上の大阪市公害健康被害被認定者のうち市内居住者
※ ただし、予防接種法に基づくインフルエンザ予防接種自己負担費用免除者（生活保護受給者、市民税非課税世帯に属する者、東日本大震災被災者）は除く。
 - ② 65歳以上の大阪市公害健康被害被認定者のうち市外居住者
 - ③ 65歳未満の大阪市公害健康被害被認定者

(2) 接種回数 接種期間につき1回（医師が必要と認めた場合のみ2回）

(3) 接種期間 【延長前】令和4年10月1日～令和5年1月31日
【延長後】令和4年10月1日～**令和5年2月28日**《令和4年度のみ》

(4) 助成方法 延長期間にかかるインフルエンザ予防接種を受けた際に自己負担となる費用は、償還払いの方法により助成する。
（後日、接種者が大阪市保健所管理課へ申請することによって支払われます。）

(5) 医療機関窓口での取扱い

【対象者①（65歳以上 本市公害健康被害被認定者 市内居住者）】

- ・ 延長期間中（令和5年2月1日（水）～令和5年2月28日（火））の予防接種者については、予防接種法に基づくインフルエンザ予防接種において、大阪市が定める自己負担金（1,500円）を必ず徴収し、領収書またはレシート（接種者氏名及びインフルエンザ予防接種料と記載されたもの）を発行してください。
- ※ 既に対象者①に配付している「代理受領依頼書」（A5 緑色）の有効期限は、令和5年1月31日（火）までとなっていますので、令和5年2月1日以降は使用できません。
- ※ 医療機関は、接種料（5,038円）から自己負担金（1,500円）を差し引いた3,538円を本市（保健所感染症対策課）へ請求してください。

【対象者②及び③（65歳以上 本市公害健康被害被認定者 市外居住者 及び 65歳未満本市公害健康被害被認定者）】

- ・ 延長期間中も予防接種の取り扱いについては、これまでと同じく任意接種の方と同様になりますので、インフルエンザ予防接種費用を徴収し、領収書またはレシート（接種者氏名及びインフルエンザ予防接種料と記載されたもの）を発行してください。

※ 対象者①、②及び③には、保健所管理課から、期間延長と申請方法の変更の案内を1月末日までに発送します。

「公害健康被害の補償等に関する法律に基づく大阪市公害健康被害被認定者の
インフルエンザ予防接種自己負担費用助成事業」の取り扱いについて

実施期間	(当初の接種期間)		<u>(延長期間)</u>	
	令和4年10月1日(土) ～ 令和5年1月31日(火)		<u>令和5年2月1日(水)</u> ～ <u>令和5年2月28日(火)</u>	
対象者 (変更なし)	助成方法 (変更なし)	医療機関窓口 での取り扱い (変更なし)	助成方法	<u>医療機関窓口での 取り扱い</u>
(1) 65歳以上の公害健康被害被認定者のうち市内居住者	医療機関に「代理受領依頼書(有効期限:令和5年1月31日まで)」(A5緑色)を提出することによる現物給付	「代理受領依頼書」(A5緑色)を受け取り、自己負担金(1,500円)は徴収しない	<u>償還払いの方法による助成</u> (「代理受領依頼書(有効期限:令和5年1月31日まで)」(A5緑色)は使えません。)	<u>予防接種法に基づくインフルエンザ予防接種において、大阪府が定める自己負担金(1,500円)を徴収し、領収書またはレシート(接種者氏名及びインフルエンザ予防接種料と記載されたもの)を発行</u> ※医療機関は接種料から自己負担金を差し引いた3,538円を本市へ請求
(2) 65歳以上の公害健康被害被認定者のうち市外居住者	償還払いの方法による助成	任意接種の方と同様に、インフルエンザ予防接種費用を徴収し、領収書またはレシート(接種者氏名及びインフルエンザ予防接種料と記載されたもの)を発行	(変更なし)	(変更なし)
(3) 65歳未満の公害健康被害被認定者				

高齢者のインフルエンザ 予防接種の接種期間を 延長しました

新型コロナウイルス感染症の感染拡大後、初めてインフルエンザの流行期に入ったことから、令和4年度に限り接種期間を延長いたします。

《実施期間》

令和5年2月28日(火)まで

《対象となる方》

大阪市に住民登録があり、接種日の時点で①または②にあてはまる方

- ① 65歳以上の市民の方
- ② 60歳以上 65歳未満の市民で、心臓、じん臓、呼吸器の機能、ヒト免疫不全ウイルスによる免疫の機能に障がい^①を有する方
(身体障がい者手帳 1級相当)

※ 大阪市公害健康被害被認定者の方は、保健所管理課へお問合せください。
(管理課：06-6647-0643)

令和5年1月 大阪市保健所
(感染症対策課：06-6647-0656)

令和4年度大阪市公害健康被害被認定者
インフルエンザ予防接種自己負担費用
助成金代理受領依頼書

公害医療手帳 記号番号	大阪
(ふりがな) 氏名	男
生年月日	明治 年 月 日 大正 年 月 日 昭和 年 月 日
住所	〒 大阪市
電話番号	() () ()

(注) インフルエンザ予防接種を希望される方は
令和5年1月31日(火)までに接種してください。

**この書類は令和5年2月1日(水)
以降は使用できません**

医療機関ご担当者様

① 65歳以上の大阪市公害健康被害被認定者のインフルエンザ予防接種にかかると自己負担費用については大阪市保健所の公害保健福祉事業で負担いたしますので、この依頼書を受領し、自己負担費用は徴収しないこととさせていただきます。

② インフルエンザ予防接種自己負担費用の請求は、予防接種実施申込書(報告書)インフルエンザ用の裏面「自己負担の有無と免除等理由」に自己負担なし(公害認定患者)4を記入していただき、「個別予防接種請求書」と併せて大阪市保健所感染症対策感染症グループへ請求してください。

※この書類の有効期限：令和5年1月31日(火)まで
[医療機関名称・所在地・代表者等・電話・医療機関コード]

担当：大阪市阿倍野区旭町1-2-7-1000
大阪市保健所管理課保健事業グループ
電話 (06) 6647-0643

※事前に必ず予約のうえ接種し、公害医療手帳を提示の上、この依頼書は医療機関に提出してください。
※大阪市と契約した大阪市内の予防接種実施医療機関以外では使用できません。

予防接種実施報告書

医療機関記入欄

摘要	<p>1. 接種</p> <p>2. 接種見合わせ</p>
<p>摘要に番号を記入してください。</p> <p>自己負担の有無と免除等理由いずれかの番号を記入してください。</p>	<p>1. 自己負担あり</p> <p>2. 自己負担なし (生活保護受給者)</p> <p>3. 自己負担なし (市民税非課税世帯)</p> <p>4. 自己負担なし (公費認定患者)</p> <p><small>※インフルエンザのみ</small></p>
接種を見合わせた理由	<p>1 2 3 4 5 6 7 8 9 10</p> <p>11 12 13</p>

65歳以上の大阪市公害健康被害認定者のうち、市内居住者について

- ・1月31日までの接種分 代理受領依頼書 (A5 版緑色) を本人から徴収し、「4」を記入してください。
- ・延長期間 (2月1日～2月28日) の接種分 自己負担 (1,500円) を本人から徴収し、「1」を記入してください。

開設者又は代表者
電話番号

押印の必要はありません

別紙3

予防接種実施申込書 (報告書)

インフルエンザ・高齢者用肺炎球菌

黒ボールペンで記入してください。

令和2年度以前に配布した様式には、「無料接種者の確認書類の番号」の枠がありますが、その場合も記載不要です。

※性別の番号を記入してください

令和 年 月 日 (接種年月日)

フリガナ

氏名

生年月日

住所

電話 () -

今日受ける予防接種の種類を下より選び、左枠内に番号を記載してください。

今日受ける予防接種の種類	番号	接種対象年齢
インフルエンザ (4価ワクチン)	20	65歳以上
高齢者用肺炎球菌 (ポリサッカライド)	30	

60歳以上65歳未満であつて次の項目に該当する (身体障がい者手帳1級相当) 市民でインフルエンザ及び成人用肺炎球菌予防接種を希望する方は該当する項目の口にチェックを入れてください。

- 心臓の機能の障がいにより自己の周辺の日常生活活動が程度に制限される方
- 腎臓の機能の障がいにより自己の周辺の日常生活活動が程度に制限される方
- 呼吸器の機能の障がいにより自己の周辺の日常生活活動が程度に制限される方
- ヒト免疫不全ウイルスによる免疫の機能の障がいにより日常生活がほとんど不可能な方

フリガナ 氏名

予防接種 太郎

* カナ氏名の間は1マス空ける
* 小文字は1マスで記入する
* フリガナは、左詰で記入する