

高齢者施設・障害者施設等 施設管理者 各位

神戸市健康局  
神戸市福祉局

新型コロナウイルス感染症ワクチン接種  
**高齢者施設・障害者施設等での追加（4回目）接種の実施について（追加）**

平素より神戸市政にご協力を賜り、誠にありがとうございます。

さて、見出しの件、高齢者施設・障害者施設等（以下「施設」という。）でのワクチン追加（4回目）接種の要領について追加のご案内をいたします。

4回目接種は、新型コロナウイルス感染症にかかった場合の重症化予防を目的として実施することとされており、3回目接種後5か月を経過した方のうち、(1)60歳以上の方及び(2)18歳以上60歳未満の方のうち、基礎疾患を有する方その他新型コロナウイルス感染症にかかった場合の重症化リスクが高いと医師が認める方（以下「基礎疾患を有する方等」という。）に(3)医療従事者等及び高齢者施設等の従事者が接種の対象として追加されました。

施設等を利用される方の多くは、重症化リスクが高いと考えられるため、第6波においては、高齢者施設においてクラスターが多数発生したことをふまえ、施設管理者におかれましては、施設での接種について、下記の内容をご確認の上、3回目接種の完了時期から5か月間経過する時期を念頭に速やかに実施していただくようお願いします。

記

1. 各施設での準備と流れ

(1)施設医や嘱託医等への接種の協力依頼



(2)ワクチン接種スケジュールの調整



(3)接種場所の検討



(4)施設利用者、家族への説明



(5)被接種者の接種券等の取りまとめ、準備



(6)必要なワクチン数等の市への配送申請

⇒接種医療機関へ神戸市からワクチンを配送（モデルナ社ワクチン）



(7)施設でのワクチン接種、事務処理、実績報告

⇒接種医療機関によるVRS登録、市への接種費用の請求

2. 接種対象者

施設利用者及び当該施設の従事者のうち、

(1)60歳以上の方

(2)18歳以上60歳未満の基礎疾患を有する方等

(3)医療従事者等及び高齢者施設等の従事者

で3回目接種後5か月を経過した方

施設とは、国が作成した「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（8.1版）」第2章の2の（2）のウ（表3）（参考資料1）に掲げる高齢者施設等のほか、通所サービス事業所も含まれます。

- ・「基礎疾患を有する方等」とは、（参考資料2）を参照ください。
- ・施設利用者とは、施設の入所者や通所者を指します。
- ・従事者とは、施設利用者に直接接する従事者であり、職種は限定しません。委託業者で施設利用者に直接接する方などは、施設の判断で接種対象としても差支えあり

ません。

- ・ 効率的な接種を行うため、できるだけ施設利用時に接種を行うようお願いします。
- ・ 1・2回目、3回目を接種されていない方については「8. 1・2回目、3回目接種を済まされていない方について」を参照ください。

### 3. 使用するワクチン

モデルナ社製 スパイクバックス筋注（1バイアルあたり15人への接種が可能）  
交接種については、下記の厚生労働省ホームページ Q&A をご参照ください。

<https://www.cov19-vaccine.mhlw.go.jp/qa/0100.html>

※施設接種でしか接種を受けられない施設利用者または医療従事者等及び高齢者施設等の従事者（29歳以下の男性に限る）がモデルナ社ワクチン接種後の心筋炎や心膜炎の発症リスクの不安からファイザー社ワクチンでの接種を希望される場合については、別途の手続きが必要です。

E-mail : [facility\\_vaccination@office.city.kobe.lg.jp](mailto:facility_vaccination@office.city.kobe.lg.jp) へご相談ください

厚生労働省ホームページ Q&A (<https://www.cov19-vaccine.mhlw.go.jp/qa/0079.html>)

### 4. 接種にかかる詳細な手順

#### (1) 施設医や嘱託医等への接種の協力依頼

- ・ 施設医や嘱託医等に接種を実施してもらうよう依頼してください。（神戸市から神戸市医師会に対して、高齢者施設や障害者施設での速やかな接種の実施について積極的に協力していただくよう依頼を行っています。）

#### (2) ワクチン接種スケジュールの調整

- ・ 施設でワクチン接種を行う日時・対象者について、施設利用者や家族、接種を実施する医療機関等と調整し、決定してください。
- ・ 接種医とは、接種日ごとの人数（〇月〇日に〇〇人、〇月〇日に〇〇人）を明確にして調整してください。

#### (3) 接種場所の検討

- ・ 医師の指導の下、施設内でのクラスター防止、効率的な接種体制の構築の観点から可能な限り施設内での接種を検討してください。また、接種後15～30分程度経過観察できるよう、三密を避けることのできる広い部屋を確保して接種するようにしてください。

#### (4) 施設利用者、家族への説明

- ・ ワクチン接種を実施する際には、追加（4回目）接種の対象者の範囲や効果等について参考資料4を用いてご本人やご家族に説明をお願いします。接種を受ける方の同意なく、接種は実施できません。

#### (5) 被接種者の接種券等の取りまとめ、準備

- ・ 接種券については、神戸市の住民票の有無、年齢等で詳細が異なります。「5. 接種券について」「6. 集合接種券による接種対応について」「7. 接種券なしの接種対応について」をご確認ください。
- ・ 施設での適正管理のため、接種対象者・希望者の氏名等を記載した接種管理表のご準備をお勧めします。（神戸市への提出は不要です。「接種管理表（別紙1）」）

#### (6) 必要なワクチン数等の市への配送申請【施設で準備が整い次第順次】

- ① 接種医（医療機関）が神戸市内に所在する場合
  - ・ 接種予定日・人数を接種医（医療機関）と調整し、必要なワクチン数を接種医（医療機関）に確認した上で、**配送日の7日前迄に、施設から専用サイトにてワクチンの配送申請を行ってください。**（詳細は「施設接種用ワクチン配送申請について（別紙2）」参照）

※ 申請受付開始日：令和4年6月2日（木）、配送開始日：令和4年6月9日（木）

- ※ 神戸市は、各施設からの配送申請に基づき接種医（医療機関）にワクチン等を配送します。
- ※ 神戸市の施設等で追加（4回目）接種に使用するワクチンはモデルナ社ワクチンです。（ワクチンの種類や指定はできません）
- ※ なお、6月9日以降に送付するワクチンは接種の回数にかかわらず、モデルナ社製ワクチンです。（既に配送申請受付済分は除きます。）
- ※ ワクチンの管理上、医療機関でない施設へ直接配送や、施設が配送拠点に取りに行くことはできませんのでご注意ください。

② 接種医（医療機関）が神戸市外に所在する場合

- ・ **接種医（医療機関）所在地の自治体からワクチンを受け取っていただく必要があります。**接種予定日・人数を接種医（医療機関）に伝え、接種医（医療機関）から接種医（医療機関）所在地の自治体に相談いただくように依頼してください。

※ 神戸市に住民票がある方でも下記6の集合接種券は使用できませんので、接種券付予診票（紙）を施設宛に送付します。

※ 接種医（医療機関）所在地の自治体からワクチンを受け取ることが難しい場合は、「10. 問い合わせ先」のメールにてご相談ください。

**(7) 施設でのワクチン接種、事務処理、実績報告**

- ① 接種医（医療機関）に配送するワクチンを使用して、接種を行ってください。
- ② 接種進捗状況確認のため、接種日当日中に、**接種実績（接種日、接種数等）を施設から専用サイトに入力してください。**（詳細は「施設接種実績報告について（別紙3）」参照）  
入力がない場合は、電話で確認することになりますので、ご協力よろしくお願いします。
- ③ 使用した予診票は、接種医（医療機関）にお渡してください。  
※ 神戸市に住民票がない方で接種券を入手する前に接種する場合は、別途事務処理が必要です。（詳細は「7. 接種券なしの接種対応について」参照）

5. 接種券について

(1) 神戸市における接種券の発行

- ① 60歳以上の方（神戸市に住民票がある方）
  - ・ 60歳以上の方に対する追加（4回目）接種の接種券は、全員に対して神戸市から住民票住所地に郵送します。（接種券発行に手続きは不要です。）
  - ・ 神戸市では、3回目と同様の様式の「接種券一体型予診票（紙）」を郵送します。
  - ・ 神戸市では、国が定める接種間隔を踏まえ、3回目接種から5か月を経過した対象者に順に発送します。（初回発送日5月31日（火）、以降毎週火曜日に順次発送します）
- ② 18歳以上60歳未満の基礎疾患を有する方等または医療従事者等及び高齢者施設等の従事者（神戸市に住民票がある方）
  - ・ 神戸市では、接種を受けようとする方からの申請により接種券を発行します。
- ③ 神戸市に住民票がない方（60歳以上・18歳以上60歳未満の基礎疾患を有する方等または医療従事者等及び高齢者施設等の従事者）
  - ・ 住民票がある自治体の広報紙やホームページをご確認ください。
  - ・ 住民票がどこにあるか分からない場合等は、「10. 問い合わせ先」にご相談ください。

（参考）60歳以上の方で3回目接種後に住民票の異動があった場合

3回目の接種以降に、神戸市から神戸市外に住民票の異動があった等の場合は、異動先の自治体に対して接種券の発行申請手続きが必要となる場合があります。ご家族と連絡を取るなどして、申請手続きに漏れのないよう、十分にご注意ください。

なお、神戸市外から神戸市内に異動があった場合、申請は不要です。

(2) 高齢者施設・障害者施設等での追加（4回目）接種の準備

- ① 60歳以上の方（神戸市に住民票がある方）
  - ・ 5月31日（火）より、接種券一体型予診票を住民票住所に郵送しますので、ご家族の協力を

得る等により、接種日までに施設に集めてください。

- ・ 神戸市で発行する接種券には、氏名・生年月日・接種記録が予診票に既に印刷されています(「接種券一体型予診票(別紙4)」)。ご家族に接種券の送付等を依頼される場合は、予診票への必要事項の記入も合わせてご依頼ください。

② 18歳以上 60歳未満の基礎疾患を有する方等または医療従事者等及び高齢者施設等の従事者(神戸市に住民票がある方)

- ・ 施設で該当者分を一括申請していただくことができます。  
この場合、対象者の接種券番号等を記した集合接種券を発行します。

※集合接種券による接種は、「6. 集合接種券による接種対応について」を参照してください。

- ・ 集合接種券で接種する場合に使用する予診票は、別途施設宛に送付します。

③ 神戸市に住民票がない方(60歳以上・18歳以上 60歳未満の基礎疾患を有する方等または医療従事者等及び高齢者施設等の従事者とも)

- ・ 住民票がある自治体の広報紙やホームページをご確認のうえ、ご家族の協力を得る等により、接種日までに接種券を施設に集めてください。
- ・ なお、対象者が「18歳以上 60歳未満の基礎疾患を有する方等または医療従事者等及び高齢者施設等の従事者」の場合、住民票がある自治体への申請が必要な場合があります。その場合は当該自治体の相談窓口にご相談ください。(申請が必要か否かは自治体により異なります。住民票がある自治体の広報紙やホームページをご確認ください。)

(3) 接種日までに接種券一体型予診票または接種券を集められないケースへの対応

① 神戸市に住民票がある方

お困りの際はE-mail:[facility\\_vaccination@office.city.kobe.lg.jp](mailto:facility_vaccination@office.city.kobe.lg.jp)へご連絡ください。

② 神戸市に住民票がない方(60歳以上・18歳以上 60歳未満の基礎疾患を有する方等または医療従事者等及び高齢者施設等の従事者とも)

- ・ 「7. 接種券なしの接種対応について」の手順に従って、接種券が届いていない場合でも接種ができます。

6. 集合接種券による接種対応について(神戸市に住民票がある方のみ)

① 18歳以上 60歳未満の基礎疾患を有する方等または医療従事者等及び高齢者施設等の従事者に対する接種券は、施設からの申請により、対象者の接種券番号を記した集合接種券を施設宛に発行します。施設から専用サイトにて集合接種券の申請を行ってください。(詳細は「集合接種券申請について(別紙5)」参照)

※接種医が神戸市外の場合、集合接種券は使用できませんので、接種券付予診票(紙)を施設宛に送付します。

- ② 集合接種券で接種する場合に使用する予診票及び接種記録書は、別途施設宛に送付します。
- ③ ①でお知らせした接種券番号を、②で送付する予診票の右肩に転記して接種に使用できます。
- ④ 接種を行う際は、集合接種券に記載された3回目の接種記録により、3回目接種から5カ月が経過していることを必ず確認してください。
- ⑤ ③で使用した予診票は、接種後に接種医(医療機関)にお渡しください。

7. 接種券なしの接種対応について(神戸市に住民票がない方のみ)

- ◎接種当日は、予診票のみで接種することができます。
- ◎接種券入手後に、医療機関等に事後処理を依頼してください。
- ◎医療従事者等及び高齢者施設等の従事者は参考資料5を参照下さい。

(1) 接種日まで

- ①接種人数分の「接種券なしの予診票(別紙6)」、「接種記録書(別紙7)」をご用意ください。

※ 「接種券なしの予診票(別紙6)」、「接種記録書(別紙7)」は、神戸市ホームページ(ケアネット)からダウンロードしA4縦で印刷してください。

<https://www.city.kobe.lg.jp/a46210/koronawakuchin3.html>

- ②接種医（医療機関）に、接種当日に、接種人数分のロット番号シール（大1枚・小3枚）を持参していただくよう依頼してください。  
※ロット番号シール（大1枚・小3枚）はワクチンと合わせて接種医（医療機関）に配送しています。（参考：別紙8）
- ③本人の「接種済証（別紙9）」や「接種証明（別紙10）」、施設での記録等をもとに、3回目接種後5か月が経過し、4回目は未接種であることを施設でも必ず確認してください。本人や家族に、「接種券なしの予診票（別紙6）」に必要事項を記入するよう依頼してください。また、後日、自治体から送付される接種券を施設へ提出することが必要になる旨を説明してください。

## (2) 接種当日

問診前に、本人や家族が必要事項を記入した接種対象者の「接種券なしの予診票（別紙6）」、「接種記録書（別紙7）」を、接種医（医療機関）にお渡しください。

## (3) 後日、接種券入手時

(a) 接種券様式：「接種券一体型予診票」の場合

【兵庫県外に住民票がある方の場合】

ア) 後日、自治体から送付される「接種券一体型予診票」の本人記入欄（署名欄を含む）に、接種当日までに記載した「接種券なしの予診票（別紙6）」の内容を転記してください。

イ) 本人記入欄を転記した「接種券一体型予診票」を、接種医（医療機関）にお渡しください。

【兵庫県内に住民票がある方の場合】

ア) 後日、自治体から送付される「接種券一体型予診票」の接種券部分を切り取ってください。（接種券部分は小さいため破損・汚損にご注意ください。）

イ) 切り取った接種券を接種当日に記入した「接種券なしの予診票（別紙6）」にのり付けし、接種医（医療機関）にお渡しください。

※接種券の切り取り・貼り付けの注意事項について、詳しくは参考資料3をご覧ください。

(b) 接種券様式：「接種券(兼)接種済証(シール型)」の場合

後日、自治体から送付される「接種券(兼)接種済証(シール型)」を接種当日に記入した「接種券なしの予診票（別紙6）」に貼り付けて接種医（医療機関）にお渡しください。

## 8. 1・2回目、3回目接種を済まされていない方について

(1)ご希望があれば、今からでも1・2回目、3回目接種をすることができます。

現在の取り扱いでは、2回目接種と3回目接種の間隔は5か月間とされています。

(2)モデルナ社製ワクチンを使用しますので、1回目の接種終了後、2回目接種までに標準28日間隔をあける必要があります。1回目の接種から間隔が28日を超える場合は、できるだけ速やかに2回目の接種を実施できるよう、接種医と十分調整・確認してください。

(3)1・2回目、3回目接種に使用するワクチンの配送は、追加接種（4回目）と同様に施設から市に配送申請してください（4（6）参照。施設からの申請が必要です）。追加（4回目）接種に使用するワクチンと合算して申請していただくことも可能です。

## 9. 詳細な手順等について

国が作成した手引きや、神戸市がお送りする接種券の見本など、関係する資料をケアネットに

掲載しておりますので、あわせてご確認ください。

(<https://www.city.kobe.lg.jp/a46210/koronawakuchin3.html>)

## 10. 問い合わせ先

E-mail：[facility\\_vaccination@office.city.kobe.lg.jp](mailto:facility_vaccination@office.city.kobe.lg.jp)にて受付いたします。

件名に「施設接種」、「施設名」、「相談キーワード」を記載ください。

記載例：【施設接種】 ○△□老人保健施設 / 接種券

## 11. 添付資料

- ・別紙1 接種管理表
- ・別紙2 施設接種用ワクチン配送申請について
- ・別紙3 施設接種実績報告について
- ・別紙4 接種券一体型予診票
- ・別紙5 集合接種券申請について
- ・別紙6 接種券なしの予診票（追加（4回目）接種用）
- ・別紙7 接種記録書（追加（4回目）接種用）
- ・別紙8 ロット番号シール（大1枚・小3枚）
- ・別紙9 接種済証
- ・別紙10 接種証明
  
- ・参考資料1 「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（8版）」  
第2章の2の（2）のウ（表3）
- ・参考資料2 18歳以上60歳未満の基礎疾患を有する方等
- ・参考資料3 接種券が間に合わない方に対して接種する場合の医療機関の事務処理
- ・参考資料4 新型コロナワクチン予防接種についての説明書（追加（4回目）接種用）
- ・参考資料5 医療従事者等及び高齢者施設等の従事者の接種券なしの接種対応について

## 参考QA

### Q 1. 接種券はいつ届くのか。

- A 1. (1)①神戸市に住民票のある60歳以上の方は、原則3回目の接種後5か月が経過する方に、順次発送されます。発送状況は「接種券発送状況確認サービス」で確認可能です。詳細はホームページでご確認ください。60歳未満の基礎疾患を有する方等または医療従事者等及び高齢者施設等の従事者には、申請に基づいて接種券が発行されます。
- (2)市外に住民票のある方については、各自治体の広報紙やHPをご確認ください。

### Q 2. 市外に住民票がある場合は、住民票のある自治体が発行する接種券がなければ接種できないのか。

- A 2. 施設利用者は、3回目接種後5か月が経過していれば、まだ接種券が発行されていなくても接種は可能です。「接種券なしの予診票」を使用して接種し、後日、住民票のある自治体から接種券を入手していただいた上で、届いた接種券を接種医（医療機関）にお渡しください。ただし、届いた接種券への転記等が必要となる場合があります。詳しくは、「7.接種券なしの接種対応について」をご確認ください。

### Q 3. 1回で全ての対象者に接種するのが難しいが、何回かに分けて接種してもよいのか。

- A 3. 4回目接種については、重症化リスクが高い高齢者の重症化予防を目的としたものであり、また、施設でのクラスター防止の観点からも、できるだけ早期に接種いただくことが非常に重要です。このようなことから、ワクチンの有効活用に最大限取り組んでいただきつつも、1パイアル当たりの人数に関わらず、接種を希望される方に一日でも早く接種いただくことを優先に早期に接種を行っていただきますようお願いいたします。

### Q 4. 3回目まではファイザー社製ワクチンだったが、4回目はなぜモデルナ社製ワクチンなのか。

- A 4. 4回目接種に使用されるワクチンについては国からは2社のワクチンを合わせて供給され、モデルナ社製ワクチンの割合が多くなっており、出来る限り多くの医療機関でモデルナ社製ワクチンを使用して頂き、迅速に対象者への接種を進めたいと考えております。

### Q 5. 接種医が見つからない。どうしたらよいか。

- A 5. 以前の接種医にお願いするようにしてください。また通所者の場合は、かかりつけ医等での接種をご検討ください。どうしても見つからない場合は、「10. 問い合わせ先」のメールにてご相談ください。

### Q 6. いつまでに「施設接種実績報告」をしないといけないのか。

- A 6. 施設接種状況を把握する必要があるため、接種日に専用サイトにて報告をお願いします。

### Q 7. サテライト型接種機関となっているが、費用の請求については1・2回目、3回目と同様の手続きか。

- A 7. 費用請求の際、「7.接種券なしの接種対応について」にご留意いただくほかは、1・2回目の接種時と同様の手続きとなりますので、令和3年4月14日付通知文と参考資料を再度ご確認ください。

### Q 8. 18歳以上60歳未満の医療従事者および高齢者施設等の従事者の接種券はどうすればよいか。

- A 8. 神戸市では、18歳以上60歳未満の基礎疾患を有する方と同様に医療従事者等及び高齢者施設等の従事者の接種券は、接種を受けようとする方からの申請により発行します。接種券の発行に時間を要する場合は本通知内の「接種券なしの接種対応について」（参考資料5）の手続きによることで早期に接種することが可能です。

※上記以外にも神戸市ホームページ（ケアネット）にQAを掲載してまいりますのでご参考ください。  
(<https://www.city.kobe.lg.jp/a46210/koronawakuchin3.html>)

・別紙1 接種管理表

様式 接種管理表

※本様式は神戸市への提出は不要ですが、施設接種の適正管理と接種間隔の確認のため出来る限り作成してください。

No.	所属施設名	接種対象者		接種希望	生年月日 (西暦記入)	利用者 /従事者	介護保険証番号または 障害福祉サービス受給者証番号	接種券 番号	住民票に記載の住所地		1回目 接種日	2回目 接種日	3回目 接種日	4回目 接種 可能日	4回目 接種 予定日
		氏名	カナ						神戸市 /神戸市外	記載住所					
例	●●ホーム	神戸 太郎	コウベ タロウ	○	1945/1/1	利用者	1111111	280000000	神戸市	神戸市中央区加納町6-5-1	2021/5/13	2021/6/2	2021/12/2	2022/5/2以降	
1															
2															
3															
4															
5															
6															
7															
8															
9															
10															
11															
12															
13															
14															
15															
16															
17															
18															

見 本

※神戸市ホームページ（ケアネット）からエクセルファイルをダウンロード可能です。  
<https://www.city.kobe.lg.jp/a46210/koronawakuchin3.html>



## ・別紙2 施設接種用ワクチン配送申請について

接種医（医療機関）が神戸市内に所在する場合、ワクチンは神戸市から接種医に配送します。ワクチン申請方法は以下のとおりです。

### 1. 主な流れ

- ① 施設接種のスケジュール、接種人数等を接種医と相談し、往診接種を依頼する。
- ② 接種医に施設接種に必要なワクチンのバイアル数を確認する。
- ③ 各施設から専用サイトにて配送日の7日前までに施設接種ワクチンの配送申請を行う。
- ④ 申請内容（申請ワクチンのバイアル数・配送予定日）を接種医に報告する。
- ⑤ 接種医へワクチンが配送される。
- ⑥ 施設内でワクチン接種を実施する。
- ⑦ 接種日ごとに専用サイトへ実績入力する。

### 2. 各施設からのワクチン配送申請方法

- ① 接種医に「医療機関コード」「医療機関名」「必要バイアル数」「配送日」を確認する。
  - ② 専用サイト「施設接種 ワクチン配送申請・実績報告」（下記 URL）で接種開始日、必要バイアル数等を配送日の7日前までに入力申請してください。
  - ③ 申請した内容（申請ワクチン数および配送日）を接種医に報告してください。
  - ④ 接種医（医療機関）が自医院で通常申請したワクチン（バイアル）に加え、③で申請したバイアル数が異なる便で接種医（医療機関）に配送されます。（梱包に「施設接種用」と記載有）
- ※ 配送申請をいただいても、ワクチンの在庫量によっては、ご希望通りのワクチン量が供給されないことがあります。ご希望に沿えない場合は、その旨、集中調整センターから連絡します
- ※ 配送先は、神戸市ポータルサイトに登録されている医療機関のみです。
- ※ 接種医（医療機関）ごとに配送ルート（配送日として指定できる曜日）が限定されています。配送日については、接種医（医療機関）と配送ルートを考慮した調整をしていただくようお願いいたします。

#### （1）初期登録（接種医（医療機関）が神戸市外に所在する場合は配送申請できません。）

専用サイト「施設接種 ワクチン配送申請・実績報告」の初期登録をしていただきます。

※専用サイト「施設接種 ワクチン配送申請・実績報告」初期登録 URL

<https://0c698916.form.kintoneapp.com/public/25130539320104eb8c9f3ce159ef99e15770ff1a77dbe48295538138f6db5192>



#### ★ 重要

初期登録 URL は、初回のみ利用できます。2回目以降の利用は、初期登録入力後に届く電子メールに記載された URL を利用してください。（貴施設専用の連絡用サイトです）

## ■施設基本情報

※3回目接種の際に、施設基本情報を登録されていた施設は、施設基本情報の登録不要です。配送申請や実績登録の際には、登録されている事業所番号をご使用ください。



- ① 施設種別  
施設種別を選択してください。
- ② 施設名  
施設名を入力してください。
- ③ 施設所在地  
施設の住所地を入力してください。
- ④ 介護保険事業所番号、障害福祉サービス事業所番号等  
介護保険事業所番号や障害福祉サービス事業所番号を入力してください。  
ワクチン配送申請や実績報告の際に入力していただく施設固有番号になります。  
グループ施設など、複数の施設が同一の事業所番号である場合は、とおし番号を附番するなどして区別できるようにしてください。  
※事業所番号をお持ちでない施設は電話番号を入力してください
- ⑤ 電話番号  
日中連絡がつく施設の電話番号を入力してください。
- ⑥ 施設メールアドレス  
日中連絡がつく施設のメールアドレスを入力してください

## ■接種を担当する医療機関



- ⑦ 接種医療機関名  
接種医療機関名（医院名称）を入力してください。
- ⑧ 接種医療機関コード  
接種医（医療機関）の「医療機関コード」を接種医（医療機関）に確認し入力してください。
- ⑨ 接種医療機関所在地  
医療機関の所在地を「神戸市の区名」選択し、区名以下の所在地（住所）を入力してください。  
(接種医療機関が神戸市外の場合は配送申請できません)
- ⑩ 回答をクリック  
画面最下部の「回答」をクリックします。



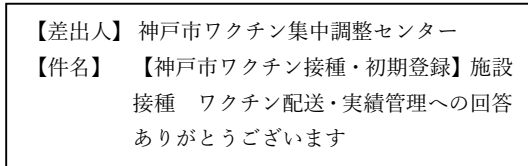
## ■登録内容の確認



### ⑪ My ページをクリック

登録内容、特にメールアドレスに間違いがないか確認します

間違いがなければ、画面を終了します



### ⑫ 電子メールの到着を確認する

次回以降、メールに記載された URL にアクセスします。

メールは大切に保管してください

## (2) ワクチン配送申請（期限：配送日の7日前迄）

医療機関と調整した内容を配送日の7日前までに専用サイトに入力します。

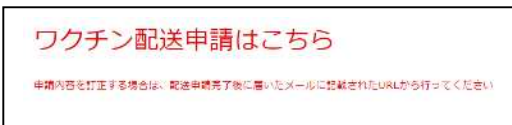
### ① 初回登録後に返信されたメールを開く

差出人：神戸市ワクチン集中調整センター

件名：【神戸市ワクチン接種・初期登録】施設接種 ワクチン配送・実績管理への回答ありがとうございます



### ② メール本文のリンク URL をクリックする




### ③ 「施設接種 施設マイページ」画面を下にスクロールする

### ④ 「ワクチン配送申請はこちら」をクリックする

## ■配送申請



### ⑤ 介護保険事業所番号、障害福祉サービス事業所番号等

貴施設の事業所番号を入力し、表示される虫めがね  をクリックします。

表示された貴施設の情報に誤りがないか確認し、下にスクロールします。

※事業所番号をお持ちでない施設は電話番号を入力してください

⑥ 希望バイアル数

今回、配送申請するバイアルの数量を入力してください。

⑦ 配送希望日

接種医療機関にワクチンを配送する日を入力します

〔医療機関ごとに配送日が決まっていますので  
医療機関と調整のうえ、決定してください〕

⑧ 接種開始予定日

⑨ 接種開始終了日

今回の配送分で接種する期間を入力してください。

⑩ 回答をクリック

画面最下部の「回答」をクリックします



⑪ My ページをクリック

登録内容、特にメールアドレスに間違いがないか確認します

間違いがなければ、画面を終了します

【差出人】 神戸市ワクチン集中調整センター

【件名】 【神戸市ワクチン接種・配送申請】施設接種 ワクチン配送・実績管理への回答  
ありがとうございます

⑫ 電子メールの到着を確認する

⑬ 申請内容を訂正する場合

後日訂正する必要がある場合は、配送申請完了後に届いたメールに記載された URL から変更申請を行ってください。配送希望日の7日を過ぎると、訂正はできなくなります。

※お送りするメールに、申請内容（配送日、申請バイアル数等）を記載しますので、配送日までに接種医（医療機関）に共有してください。

## ・別紙3 施設接種実績報告について

施設接種状況を把握する必要があるため、下記手順によりワクチン接種の実績報告をお願いします。

### 1. 報告方法

「施設接種用ワクチン配送申請サイト」にて、ワクチンを接種した日ごとに接種された方の属性（「施設利用者」か「その他」）と接種回数（「4回目」か「3回目」か「2回目」か「1回目」）を、接種した日ごとに入力報告してください。

#### ① 初回登録後に返信されたメールを開く

差出人：神戸市ワクチン集中調整センター

件名：【神戸市ワクチン接種・初期登録】施設接種 ワクチン配送・実績管理への回答ありがとうございます




#### ② メール本文のリンク URL をクリックする

#### ③ 「施設接種 施設マイページ」画面を下にスクロールする

#### ④ 「接種実績登録はこちら」をクリックする

### ■実績報告



- ⑤ 介護保険事業所番号、障害福祉サービス事業所番号等貴施設の事業所番号を入力し、表示される虫めがね  をクリックします。  
表示された貴施設の情報に誤りがないか確認し、下にスクロールします。



#### ⑥ 接種日を入力

#### ⑦ 該当する対象者と回数に分けて入力

以下の通り分類します

利用者	1回目、2回目、3回目、4回目
従事者	1回目、2回目、3回目、4回目
その他	1回目、2回目、3回目、4回目

#### ⑧ 回答をクリック

画面最下部の「回答」をクリックします



### 新型コロナウイルスワクチン接種の予診票

※本特区内にご記入またはチェックを入れてください。

種別 (□予約のみ)	4	種別	281000
種別	2	接種券番号	2849879991
種別	2	氏名	神戸 太郎

〒605-0857 神戸市中央区加敷町6-5-1 神戸市役所1号館

氏名: 神戸 太郎  
生年月日(西暦): 1993年12月25日 生(満) 29歳(実)  
性別: □男 □女

#### 接種履歴

新型コロナウイルスワクチンの接種を受けたことがありますか。  
接種回数(3回) 前回の接種日(2022年5月2日)  
前回接種を受けた新型コロナウイルスワクチンの種類( )

現時点で住民票のある市町村と、右上の請求先に記載されている市町村は同じですか。  
[新型コロナウイルスの説明書]を読んで、効果や副作用などについて理解しましたか。  
現在、何らかの病状にかかって、治療(投薬など)を受けていますか。

病名: □心臓病 □腎臓病 □肝臓病 □血液疾患 □血が止まりにくい病気 □免疫不全  
□毛細血管障害(出症候群) □その他( ) □その他( )  
治療内容: □血をサラサラにする薬( ) □その他( )

最近(1週間以内)に嘔吐や下痢、発熱、腹痛、頭痛、めまい、吐きけ、気管支炎、皮膚の発疹(かゆみ)などの症状はありますか。  
今日(接種当日)に痛みやかゆみなどの症状はありますか。  
アレルギー(食物アレルギー、薬剤アレルギー、花粉アレルギーなど)を起したことがありますか。  
薬・食品などで、重いアレルギー反応(アナフィラキシー)を起したことがありますか。  
これまで予防接種を受けたことがありますか。  
現在、妊娠中か、妊娠を予定しているか、授乳中か。  
2週間以内(接種当日を含む)に予定接種を受けましたか。  
今日(接種当日)に予定接種を受けたことについて質問がありますか。

医師記入欄  
医師記入欄  
医師署名又は記名押印

接種券番号: 0子種① 0子種② 0子種③ 0子種④

接種券番号は、接種の効果を高めるために必要な要素の一つです。  
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に提出されることに同意します。

ワクチン名: ロット番号 接種日 接種場所 医師署名  
接種券番号: 2022 年 12 月 日 接種券番号  
接種場所: 医師署名

あなたの接種券番号: 2849879991 (vaccination voucher number for COVID-19)

- 接種を受ける方へ
- 接種を受ける前に事前予約が必要です。
- 押しは1回分のお持ちください。
- 本人持参を原則とし、接種会場へお持ちください。
- 下の予約履歴は接種履歴がわかるように保管してください。

●この不明な点はコールセンターまでお問い合わせください。  
[神戸市新型コロナウイルスワクチン接種コールセンター]  
TEL:078-277-3320  
(受付時間) 平日(月～金) 8:30～20:00 休日(土日祝)8:30～17:30

### 新型コロナウイルスワクチン 予防接種済証 (臨時接種)

Certificate of Vaccination for COVID-19

あなたの接種券番号: 2849879991

氏名	神戸 太郎
住所	神戸市中央区加敷町6-5-1 神戸市役所1号館
生年月日	1993年12月25日生

新型コロナウイルスワクチン接種記録

接種年月日	メーカー	Lot No.
2021年8月1日	ファイザー	FR1234
2021年8月22日	ファイザー	FR1234
2022年5月2日	ファイザー	00000

\* \* \* \* \*

#### 追加(4回目)ワクチン接種 おまかせ予約チケット

おまかせ予約を希望される場合は、電話番号またはFAX番号を記入し、このチケットをシンド目から切り離して、同封の返信用封筒でご返送ください。

このチケットを使用しない場合は、  
●かかりつけの診療所・病院が接種を希望している場合は、そちらに直接、予約してください。  
●接種の日時・場所、ワクチンの種類の希望がある方は、インターネット予約やお届け先をご利用ください。

＜注意事項＞  
●接種の日時・場所、ワクチンの種類は指定できません。  
●接種場所は、お住まいの区の集団接種会場となります。  
●申し込み受付は、2022年9月30日までの予定です。  
●お早めにお申し込みください。  
●このチケットは再発行いたしません。

お名前 神戸 太郎  
電話番号またはFAX番号 (記入をお願いします)  
電話番号 \_\_\_\_\_  
FAX \_\_\_\_\_

## ・別紙5 集合接種券申請について

- ①申請画面より、施設情報の入力、および接種対象者の情報をリスト化した接種対象者リスト（EXCELシート）を申請画面に添付のうえ、申請してください。
- ②神戸市より専用ページの URL を送ります。
- ③登録後第4営業日以降に専用ページから接種情報（接種券番号、3回目接種日）が追加された接種対象者リストをダウンロードしてください。
- ④接種対象者に4回目接種を実施後、③の接種対象者リストに4回目の接種日を入力のうえ、申請画面に接種対象者リストを添付し報告してください。

### （1）初期登録（施設が神戸市外に所在する場合は配送申請できません。）

専用サイト「施設接種\_4回目ワクチン集合接種券申請」の初期登録をしていただきます。

※専用サイト「施設接種\_4回目ワクチン集合接種券申請」初期登録 URL

<https://a4f55249.form.kintoneapp.com/public/be7dd62488496dcc73d2ec145c16c2b48d2ec17a350c54302e0f0b2617c27966>



#### ★ 重要

初期登録 URL は、初回のみ利用できます。2回目以降の利用は、初期登録入力後に届く電子メールに記載された URL を利用してください。（貴施設専用の連絡用サイトです）

## ■申請画面について

### ・初期登録画面

#### 施設接種 4 回目 ワクチン集合接種券申請

施設種別 \*  
介護老人福祉施設

施設名 \*  
[空欄]

郵便番号 \*  
[空欄]  
例] 650-8570 (ハイワン西側、半角数字で入力してください。)

市区町名 \*  
[空欄]  
郵便番号を入力すると自動で表示されます。

番地、建物、部屋番号等 \*  
[空欄]  
市区町名の続きを入力してください。

電話番号 \*  
[空欄]

ご担当者名 \*      メールアドレス \*  
[空欄]      [空欄]

開始時間 \*      終了時間 \*  
09:00      17:00  
神戸市からの問い合わせ可能な時間帯を選択してください。

接種日 (開始日) \*      接種日 (終了予定日)      施設利用者接種予定人数 \*  
[空欄]      [空欄]      [ - 0 + ]

添付ファイル (接種前) \*      添付ファイル (接種後)  
最大10MB      最大10MB  
接種前対象のEXCELシートを添付してください。      接種終了後に接種者番号は最後のEXCELシートに接種はを輸入のうえ、添付してください。

#### ①施設種別

ドロップダウンリストより施設種別を選択入力してください。

#### ②施設名

施設名を入力してください。

#### ③郵便番号

貴施設の郵便番号を入力してください。

#### ④市区町名

※郵便番号を入力すると自動でセットされます。  
セット内容をご確認願います。

#### ⑤番地、建物、部屋番号等

貴施設住所の市区町名以降を入力してください。

#### ⑥電話番号

貴施設の電話番号を入力してください。

#### ⑦ご担当者名

貴施設のご担当者名（当申請をされる方もしくは責任者名）を入力してください。

#### ⑧メールアドレス

貴施設または⑦で入力いただきましたご担当者のメールアドレスを入力してください。

#### ⑨開始時間、終了時間

神戸市から電話問い合わせ可能な時間帯をドロップダウンリストより選択入力してください。  
“その他”から入力の可能です。

#### ⑩接種日（開始日）、接種日（終了予定日）

接種を開始する開始日、終了予定日を入力してください。

#### ⑪施設利用者接種予定人数

接種予定人数を入力してください。

#### ⑫添付ファイル（接種前）

事前にお渡しした、接種対象者リストに必要項目を入力の上、こちらに添付してください。

#### ⑬回答をクリック

内容を確認の上、画面最下部の「回答」をクリックします。



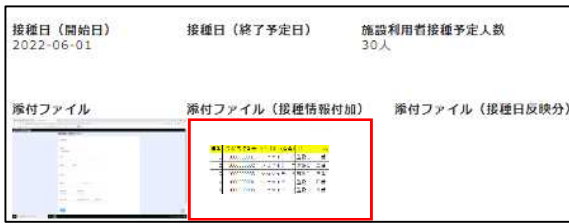
→回答ボタンをクリックいただいたら、申請画面で入力いただいたメールアドレス宛にメールが送付されます。2回目以降の利用（申請内容の確認・修正される場合等）は送付されたメール内にページのURLが記載されておりますので、そのURLからアクセス願います。

アクセスしたページの右上にあるみどりのえんぴつマークをクリックすると申請画面が表示されますので入力内容の修正および添付ファイル追加が可能です。





・接種情報反映分の接種情報リストを取得する画面



① 添付ファイル (接種情報付加)

接種対象者リストに接種情報を付加したものを添付ファイル (接種情報付加) にセットさせていただきますので、添付ファイルをクリックしてダウンロードしてください。

※メールにて送付させていただいた専用ページのみダウンロード可能です。

・接種日反映分の接種情報リストを登録する画面



① 添付ファイル (接種後)

ダウンロードされた添付ファイル (接種情報付加) に4回目接種日を入力いただき、再度、接種対象者リストを添付し、「回答」をクリックしてください。



■接種対象者リスト

この案内文とともに下絵の Excel シートのフォーマットをお渡しいたします。

施設名	施設01	—入力お願い致します						
電話番号	0000000000	—ハイフンなしで入力お願い致します						
ご担当者名	施設01 太郎	—入力お願い致します 接種医 (医療機関) は神戸市外である <input type="checkbox"/> ←該当の場合、チェックをお願い致します。						
入力例)	1234567890	コウベ タロウ	神戸 太郎 神戸市中央区加刺町6-5-1 2000/1/1 1234567890					
連番	受給者証番号	カナ氏名 (全角)	氏 名	住 所	生年月日	接種券番号	3回目接種日	4回目接種日
1	1000000001	シセツイチ イチバン	施設1 一番	神戸市	2000/12/1	1111111111		
2	1000000002	シセツイチ ニバン	施設1 二番	神戸市	2000/12/2	2222222222		
3	1000000003	シセツイチ サンバン	施設1 三番	神戸市	2000/12/3	3333333333		
4	1000000004	シセツイチ ヨンバン	施設1 四番	神戸市	2000/12/4	4444444444		
5	1000000005	シセツイチ ゴバン	施設1 五番	神戸市	2000/12/5	5555555555		
6	1000000006	シセツイチ ロクバン	施設1 六番	神戸市	2000/12/6			
7	1000000007	シセツイチ ナナバン	施設1 七番	神戸市	2000/12/7			
8	1000000008	シセツイチ ハチバン	施設1 八番	神戸市	2000/12/8			
9	1000000009	シセツイチ キュウバン	施設1 九番	神戸市	2000/12/9			
10	1000000010	シセツイチ ジュウバン	施設1 十番	神戸市	2000/12/10			

↑赤枠部分に入力をお願い致します

1. 上記シートに施設情報、接種対象者情報を入力してください。

(施設情報)

施設名、電話番号 (ハイフンなし)、ご担当者名 (当申請をされる方もしくは責任者名)

“接種医 (医療機関) は神戸市外である”に該当すればチェックボックスにチェックマーク

(接種対象者情報)

受給者証番号、カナ氏名、漢字氏名、住所、生年月日、接種券番号 (把握されている場合)

**※18歳以上 60歳未満の医療従事者および高齢者施設等の従事者の方については必ず接種券番号を記載してください。**

→入力後、申請画面に添付してください。

2. 申請画面に添付いただいた接種対象者リストに、神戸市にて、接種情報（接種券番号、3回目接種日）を追加し、申請画面の添付ファイル（接種情報付加）に添付致します。

施設名	施設01		←入力お願い致します					
電話番号	0000000000		←ハイフンなしで入力お願い致します					
ご担当者名	施設01 太郎		←入力お願い致します					
入力例)	1234567890	コウベ タロウ	神戸 太郎	神戸市中央区加納町6-5-1	2000/1/1	1234567890		
							接種区（医療機関）は神戸市外であ <input checked="" type="checkbox"/> ←該当の場合、チェックをお願い致します。	
連番	受給者証番号	カナ氏名(全角)	氏名	住所	生年月日	接種券番号	3回目接種日	4回目接種日
1	1000000001	シセツイチ イチバン	施設1 一番	神戸市	2000/12/1	1111111111	2021/12/1	
2	1000000002	シセツイチ ニバン	施設1 二番	神戸市	2000/12/2	2222222222	2021/12/2	
3	1000000003	シセツイチ サンバン	施設1 三番	神戸市	2000/12/3	3333333333	2021/12/3	
4	1000000004	シセツイチ ヨンバン	施設1 四番	神戸市	2000/12/4	4444444444	2021/12/4	
5	1000000005	シセツイチ ゴバン	施設1 五番	神戸市	2000/12/5	5555555555	2021/12/5	
6	1000000006	シセツイチ ロクバン	施設1 六番	神戸市	2000/12/6	6666666666	2021/12/6	
7	1000000007	シセツイチ ナナバン	施設1 七番	神戸市	2000/12/7	7777777777	2021/12/7	
8	1000000008	シセツイチ ハチバン	施設1 八番	神戸市	2000/12/8	8888888888	2021/12/8	
9	1000000009	シセツイチ キュウバン	施設1 九番	神戸市	2000/12/9	9999999999	2021/12/9	
10	1000000010	シセツイチ ジュウバン	施設1 十番	神戸市	2000/12/10	0000000000	2021/12/10	

赤枠部分の情報を追加いたします↑

3. 接種終了後、接種対象者リストに4回目接種日を入力してください。入力後、申請画面の添付ファイル（接種後）に4回目接種日反映分の接種対象者リストを添付してください。

施設名	施設01		←入力お願い致します					
電話番号	0000000000		←ハイフンなしで入力お願い致します					
ご担当者名	施設01 太郎		←入力お願い致します					
入力例)	1234567890	コウベ タロウ	神戸 太郎	神戸市中央区加納町6-5-1	2000/1/1	1234567890		
							接種区（医療機関）は神戸市外であ <input checked="" type="checkbox"/> ←該当の場合、チェックをお願い致します。	
連番	受給者証番号	カナ氏名(全角)	氏名	住所	生年月日	接種券番号	3回目接種日	4回目接種日
1	1000000001	シセツイチ イチバン	施設1 一番	神戸市	2000/12/1	1111111111	2021/12/1	2022/6/10
2	1000000002	シセツイチ ニバン	施設1 二番	神戸市	2000/12/2	2222222222	2021/12/2	2022/6/10
3	1000000003	シセツイチ サンバン	施設1 三番	神戸市	2000/12/3	3333333333	2021/12/3	2022/6/10
4	1000000004	シセツイチ ヨンバン	施設1 四番	神戸市	2000/12/4	4444444444	2021/12/4	2022/6/10
5	1000000005	シセツイチ ゴバン	施設1 五番	神戸市	2000/12/5	5555555555	2021/12/5	2022/6/10
6	1000000006	シセツイチ ロクバン	施設1 六番	神戸市	2000/12/6	6666666666	2021/12/6	2022/6/10
7	1000000007	シセツイチ ナナバン	施設1 七番	神戸市	2000/12/7	7777777777	2021/12/7	2022/6/10
8	1000000008	シセツイチ ハチバン	施設1 八番	神戸市	2000/12/8	8888888888	2021/12/8	2022/6/10
9	1000000009	シセツイチ キュウバン	施設1 九番	神戸市	2000/12/9	9999999999	2021/12/9	2022/6/10
10	1000000010	シセツイチ ジュウバン	施設1 十番	神戸市	2000/12/10	0000000000	2021/12/10	2022/6/10

4回目接種日を入力願います↑

別紙6 接種券なしの予診票（追加（4回目）接種用）※接種券部分が印字されていない予診票

## 新型コロナウイルスワクチン接種の予診票

※太枠内にご記入またはチェック☑を入れてください。

※左図に合わせ、点線に沿ってまっすぐに貼り付けてください

住民票に記載されている住所	都 道 市 区		府 県 町 村	
	フリガナ			
氏 名	フリガナ		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
新型コロナウイルスワクチンの接種を受けたことがありますか。 接種回数( )回 前回の接種日( )年( )月( )日 前回接種を受けた新型コロナウイルスワクチンの種類( )	<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、接種券又は右上の請求先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	
「新型コロナウイルスワクチンの説明書」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	

見 本

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 <small>※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。</small>
---------	---

### 新型コロナウイルス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、代筆者氏名及び接種種別との続柄を記載)  
(※被接種者が16歳未満の場合は保護者自署、成年被接種者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	( ) 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

## 新型コロナワクチン接種記録書

Record of Vaccination for COVID-19

回目	メーカー/Lot No. (シール貼付)	氏名	:	_____	
接種年月日		住所	:	_____	
年		_____	生年月日:	年	月
月	_____	接種券番号:	_____	_____	_____
日	_____	<b>見 本</b>			
接種会場	_____				

### 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。



・別紙8 ロット番号シール (大1枚・小3枚)

ロット番号シール(大)

COVID-19ワクチンモデルナ筋注  
COVID-19Vaccine Moderna Intramuscular Injection  
武田薬品工業株式会社



Lot.000013A

二次元コード URLからワクチンの情報が確認できます。  
[https://take-care-COVID-19.jp/patients\\_inoculation/](https://take-care-COVID-19.jp/patients_inoculation/)

ロット番号シール(小1枚目)

COVID-19ワクチン  
モデルナ筋注 武田薬品

Lot.000013A

ロット番号シール(小2枚目)

COVID-19ワクチン  
モデルナ筋注 武田薬品

Lot.000013A

ロット番号シール(小3枚目)

COVID-19ワクチン  
モデルナ筋注 武田薬品

Lot.000013A

見本

・別紙9 接種済証

650-8570

神戸市中央区加納町6-5-1 神戸市役所1号館

神戸 太郎 様



281000

あなたの接種券番号(10桁)

2849879991

神戸市 281000

必ずお読みください。

- 接種を受ける前に事前予約が必要になります。詳しくは同封のお知らせをご確認ください。
- 接種を受ける際は、この接種券と本人確認書類をお持ちください。本人確認書類の具体的な例は、同封のお知らせをご確認ください。
- その他、ご不明な点はコールセンターまでお問い合わせください。  
「神戸市新型コロナワクチン接種コールセンター」  
TEL : 078-277-3320  
<受付時間> 平日(月~金) 8:30~20:00  
休日(土日祝) 8:30~17:30

接種券		診察したが接種できない場合	
券種	1	予診のみ	1 回目
請求先	兵庫県神戸市		281000
券番号	2849879991		
氏名	神戸 太郎		
 <div style="border: 2px solid red; border-radius: 50%; padding: 5px; display: inline-block;">接種済証</div>			
券種	1		回目
請求先	兵庫県神戸市		281000
券番号	2849879991		
氏名	神戸 太郎		
 122810002849879991			

**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

1 回目	COMIRNATY コミナティ能注 製造番号:XXXXXX 最終有効年月日:YYYY/MM/DD 製造販売:ファイザー株式会社	
接種年月日	2021年 ○月○日	
接種場所	BIONTECH	
○○○○○○		
2 回目	COMIRNATY コミナティ能注 製造番号:XXXXXX 最終有効年月日:YYYY/MM/DD 製造販売:ファイザー株式会社	
接種年月日	2021年 ○月○日	
接種場所	BIONTECH	
○○○○○○		
氏名	神戸 太郎	
住所	神戸市中央区加納町6-5-1 神戸市役所1号館	
生年月日	1932年12月25日生	

兵庫県 神戸市長 久元 喜造

**接種を受ける方へ**

- シールは剥がさずに、台紙ごと接種場所へお持ちください。
- 右側の予防接種済証は接種が終わった後も大切に保管してください。

・別紙10 接種証明


■接種証明（紙面）

**新型コロナウイルス感染症 予防接種証明書**  
**Vaccination Certificate of COVID-19**

姓 名  
 [Surname/Given name]  
 接種証明  
 [SESSYU SYOGUMEI]  
 生年月日 [Date of Birth] (YYYY-MM-DD)  
 1991-02-05  
 国籍・地域 [Nationality/Region]  
 JAPAN  
 原簿番号 [Passport Number]  
 TR0000000

見 本

国内用・海外用  
 (Domestic Use / International Travel)  
 SMART Health Card ICAO YDS-NC




接種年月日 [Vaccination Date] (YYYY-MM-DD)	ワクチンの種類 [Vaccine Type]	メーカー [Manufacturer]	製品名 [Product Name]	製造番号 [Lot Number]	接種国 [Country of Vaccination]
2021-04-02	COVID-19 mRNA	ファイザー [Pfizer/BioNTech]	コミナティ [COMIRNATY]	ABC123	日本 [JAPAN]
2021-04-23	COVID-19 mRNA	ファイザー [Pfizer/BioNTech]	コミナティ [COMIRNATY]	DEF456	日本 [JAPAN]
2021-12-23	COVID-19 mRNA	ファイザー [Pfizer/BioNTech]	コミナティ [COMIRNATY]	GHI789	日本 [JAPAN]

証明書発行者 [Certificate Issuance Authority]  
 東京都港区関町長  
 [Mayor of Kaumijasaki City, Tokyo Metropolis]  
 日本国厚生労働大臣  
 [Minister of Health, Labour and Welfare, Government of Japan]  
 証明書ID [Certificate Identifier] 証明書発行年月日 [Issue Date] (YYYY-MM-DD)  
 011002-20211226-XXXXXX 2021-12-26

■接種証明（電子）

← □ 〽

二次元コードを表示する ▼

氏名を表示する ▼

生年月日を表示する ▼

接種回数 **2** 回

最終接種日  
2021年08月31日

見 本

ワクチンの詳細

接種年月日	2021年08月10日
ワクチンの種類	COVID-19 mRNA
メーカー	ファイザー
製品名	コミナティ

- ・参考資料1 「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（8. 1版）」  
第2章の2の（2）のウ（表3）

表3 高齢者施設等の範囲

対象の高齢者施設等には、例えば、以下の施設であって、高齢者等が入所・居住する

<ul style="list-style-type: none"> <li>○ 介護保険施設           <ul style="list-style-type: none"> <li>・ 介護老人福祉施設</li> <li>・ 地域密着型介護老人福祉施設入所者生活介護</li> <li>・ 介護老人保健施設</li> <li>・ 介護医療院</li> </ul> </li> <li>○ 居住系介護サービス           <ul style="list-style-type: none"> <li>・ 特定施設入居者生活介護</li> <li>・ 地域密着型特定施設入居者生活介護</li> <li>・ 認知症対応型共同生活介護</li> </ul> </li> <li>○ 老人福祉法による施設           <ul style="list-style-type: none"> <li>・ 養護老人ホーム</li> <li>・ 軽費老人ホーム</li> <li>・ 有料老人ホーム</li> </ul> </li> <li>○ 高齢者住まい法による住宅           <ul style="list-style-type: none"> <li>・ サービス付き高齢者向け住宅</li> </ul> </li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>○ 生活保護法による保護施設           <ul style="list-style-type: none"> <li>・ 救護施設</li> <li>・ 更生施設</li> <li>・ 宿所提供施設</li> </ul> </li> <li>○ 障害者総合支援法による障害者支援施設等           <ul style="list-style-type: none"> <li>・ 障害者支援施設</li> <li>・ 共同生活援助事業所</li> <li>・ 重度障害者等包括支援事業所（共同生活援助を提供する場合に限る）</li> <li>・ 福祉ホーム</li> </ul> </li> <li>○ その他の社会福祉法等による施設           <ul style="list-style-type: none"> <li>・ 社会福祉住居施設（日常生活支援住居施設を含む）</li> <li>・ 生活困窮者・ホームレス自立支援センター</li> <li>・ 生活困窮者一時宿泊施設</li> <li>・ 原子爆弾被爆者養護ホーム</li> <li>・ 生活支援ハウス</li> <li>・ 婦人保護施設</li> <li>・ 矯正施設（※患者が発生した場合の処遇に従事する職員に限る）</li> <li>・ 更生保護施設</li> </ul> </li> </ul>
---	---

ものが含まれる。



・参考資料2 18歳以上60歳未満の基礎疾患を有する方等

「18歳以上60歳未満の基礎疾患を有する方等」の具体的な要件は、次の1. または2. に該当する方です。

1. 下記のいずれかの疾患があり、通院または入院している方。

- 慢性の呼吸器の病気
- 慢性の心臓病（高血圧を含む。）
- 慢性の腎臓病
- 慢性の肝臓病（肝硬変等）
- インスリンや飲み薬で治療中の糖尿病又は他の病気を併発している糖尿病
- 血液の病気（ただし、鉄欠乏性貧血を除く。）
- 免疫の機能が低下する病気（治療や緩和ケアを受けている悪性腫瘍を含む。）
- ステロイドなど、免疫の機能を低下させる治療を受けている
- 免疫の異常に伴う神経疾患や神経筋疾患
- 神経疾患や神経筋疾患が原因で身体の機能が衰えた状態（呼吸障害等）
- 染色体異常
- 重症心身障害（重度の肢体不自由と重度の知的障害とが重複した状態）
- 睡眠時無呼吸症候群
- 重い精神疾患（精神疾患の治療のため入院している、精神障害者保健福祉手帳を所持している、又は自立支援医療（精神通院医療）で「重度かつ継続」に該当する場合）や知的障害（療育手帳を所持している場合）

※ 精神障害者保健福祉手帳又は療育手帳を所持している方については、通院又は入院をしていない場合も、基礎疾患のある方に該当します。

2. 下記のいずれかにあてはまる方。

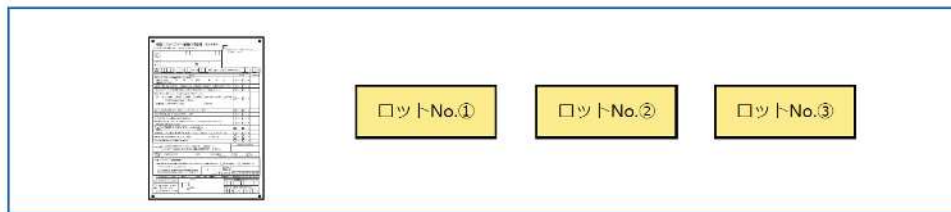
- BMI が 30 以上である
- 新型コロナウイルス感染症にかかった場合の重症化リスクが高いと医師に認められた

・参考資料3 接種券が間に合わない方に対して接種する場合の医療機関の事務処理

接種当日



※最初に医療機関にある資材：接種券なしの予診票、ロット番号シール×3

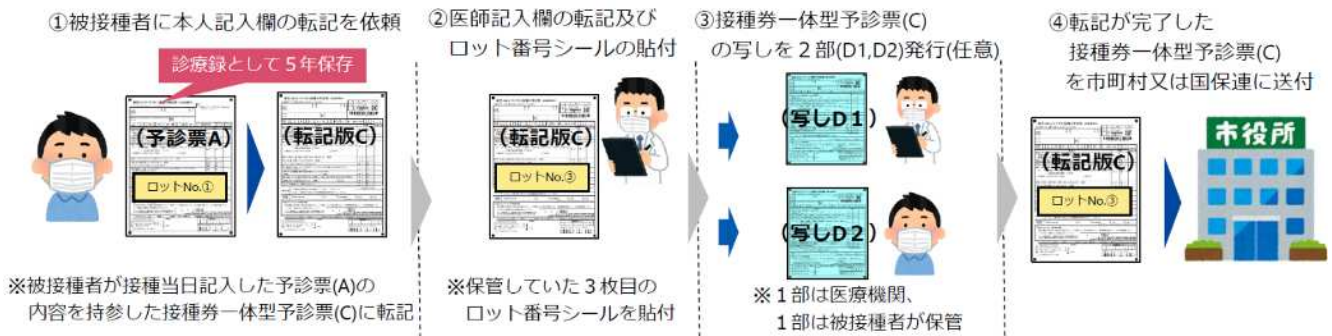


1

※接種記録書発行のため、上記と合わせて、「接種記録書（別紙6）」とロット番号シール（大1枚）の準備が必要です。接種後、「接種記録書（別紙6）」にロット番号シール（大1枚）を貼り、必要事項を記入し、ご本人にお渡しください。

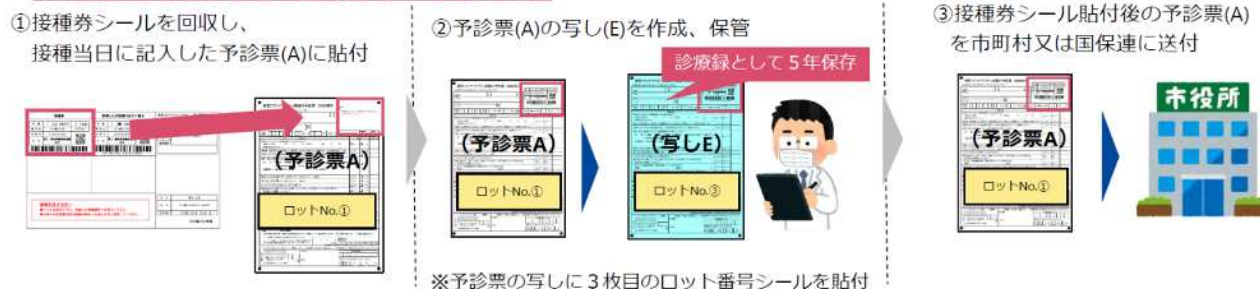
後日、接種券入手時（神戸市外に住民票がある場合）

ア. 接種券が接種券一体型予診票（新様式）の場合



兵庫県内に住民票がある方の場合は接種券一体型予診票から接種券部分を切り取り、接種当日に作成した予診票（A）にのり付けで貼付したものを国保連に送付いただくことも可能です。

イ. 接種券が接種券（兼）接種済証（シール型）の場合



2

# 参考資料4 新型コロナワクチン予防接種についての説明書

## 新型コロナワクチン予防接種についての説明書 (追加 (4回目) 接種用)

武田/モデルナ社  
ワクチン用  
(2022年4月)

### 新型コロナワクチン接種について

本ワクチンの接種は国と地方自治体による新型コロナウィルス (SARS-CoV-2) ワクチン接種事業の一環として行われます。本ワクチンの接種は公費対象となり、希望者は無料で接種可能です。なお、本ワクチンの追加 (4回目) 接種の対象は、60歳以上の方、18歳以上で基礎疾患を有する方やその他重症化リスクが高いと医師が認める方です。

### ワクチンの効果と副作用

今回接種するワクチンは武田/モデルナ社製のワクチンです。新型コロナウィルスの感染症を予防します。海外で実施された研究によると、18歳以上を対象に、4回目(武田/モデルナ社)のワクチンを接種した場合、少なくとも接種3週間後まではミクロン抗体等に対する中和抗体価の上昇が確認されています。なお、同じ mRNA ワクチンであるファイザー社のワクチンでは、オミクロン株流行期において、3回目接種から一定期間経過した60歳以上では、ファイザー社のワクチンを4回接種後6週間経過しても重症化予防効果が低下せず維持されていたこと等が報告されています。

販売名	スパイクタンパク質 <sup>注</sup>
効能・効果	SARS-CoV-2 による感染症の予防
接種回数・間隔	1回 (3回目接種が完了してから一定の間隔が経過後) ※筋肉内に接種
接種対象	60歳以上の方、18歳以上で基礎疾患を有する方やその他重症化リスクが高いと医師が認める方
接種量	1回0.25mLを1回

- 予防接種法に基づく4回目接種までの間隔は、3回目接種の完了から5か月以上となっています。
- 1〜3回目の接種を用いたワクチンの種類に関わらず、本ワクチンの接種が可能です。
- 本ワクチンの追加接種を受けても、発症等を完全に予防できるわけではありません。ワクチン接種にかかわらず、引き続き、適切な感染防止策を行う必要があります。

### 予防接種を受けることができない人

- 下記にあてはまる方は本ワクチンを接種できません。該当すると思われる場合、必ず接種前の診察時に医師へ伝えてください。
- 明らかに発熱している人 (※1)
  - 重い急性疾患にかかっている人
  - 本ワクチンの成分に対し重篤の過敏症 (※2) の既往歴のある人
  - 上記以外で、予防接種を受けることが不適当な状態にある人
- (※1) 明らかに発熱とは通常 37.5℃以上を指します。ただし、37.5℃を下回る場合も平時の体温を鑑みて発熱と判断される場合はこの限りではありません。
- (※2) アナフィラキシーや、全身性の皮膚・粘膜症状、喘鳴、呼吸困難、痙攣、血圧低下等、アナフィラキシーを疑わせる種々の症状。1回目あるいは2回目の接種でこれらの症状が認められた人は、同一のワクチンを用いた追加接種を受けることはできません。

### 予防接種を受けるに当たり注意が必要な人

- 下記にあてはまる方は本ワクチンの接種について、注意が必要です。該当すると思われる場合は、必ず接種前の診察時に医師へ伝えてください。
- 抗凝固療法を受けている人、血小板減少症または凝固障害のある人
  - 過去に免疫不全の診断を受けた人、近親者に先天性免疫不全症の方がいる人
  - 心臓、腎臓、肝臓、血液疾患や発育障害などの基礎疾患のある人
  - 過去に予防接種を受けて、接種後2日以内に発熱や全身性の発疹などのアレルギーが疑われる症状がでた人
  - 過去にけいけんを起こしたことのある人
  - 本ワクチンの成分に対して、アレルギーが起こるおそれがある人

妊娠中、又は妊娠している可能性がある人、授乳されている人は、接種前の診察時に必ず医師へ伝えてください。ただし、かかりつけの産婦人科医に確認していない場合でも、予診医によりワクチン接種が可能と判断された場合は、接種が可能です。本剤には、これまでのワクチンでは使用されなかったものない添加剤が含まれています。過去に、薬剤で過敏症やアレルギーを起こしたことがある人は、接種前の診察時に必ず医師へ伝えてください。

### 接種を受けた後の注意点

- 本ワクチンの接種を受けた後、15分以上 (過去にアナフィラキシーを含む重いアレルギー一症状を起こしたことがある方や、気分が悪くなった、失神等を起こしたことがある方は30分以上)、接種を受けた施設でお待ちいただき、体調に異常を感じた場合は、速やかに医師へ連絡してください。(急に起こる副反応に対応できます)
- 注射した部分は清潔に保つようにし、接種当日の入浴は問題ありませんが、注射した部分はこすらないようにしてください。また、接種後に体調が悪い時は無理をせず、入浴は控え等、様子を見ながら過ごしてください。
- 通常の生活は問題ありませんが、激しい運動や過度の飲酒等は控えてください。

### 副反応について

- 主な副反応は、注射した部分の痛み (※1)、頭痛、関節や筋肉の痛み、疲労、寒気、発熱等があります。また、稀に起こる重大な副反応として、ショックやアナフィラキシーがあります。なお、本ワクチンは、新しい種類のワクチンのため、これまで知られていないような症状が出る可能性があります。接種後に気になる症状を認めた場合は、接種医あるいはかかりつけ医に相談しましょう。
- (※1) 初回 (1回目・2回目) 接種後は、接種直後よりも翌日に痛みを感じる方が多く、また、接種後1週間程度経ってから、痛みや腫れなどが起きることも報告されています。
- こく稀ではあるものの、1〜3回目接種では、ワクチン接種後に心筋炎や心膜炎を疑う事例が報告されています (※2)。接種後数日以内に胸の痛みや動悸、息切れ、むくみ等の症状が現れたら、速やかに医療機関を受診してください。
- (※2) 1回目よりも2回目の接種の後に多く、若い方、特に男性に多い傾向が見られます。3回目接種については、接種が進んでいる海外において、2回目接種時よりも心筋炎の報告頻度は低かったとの報告があります。
- 追加接種では、1回目や2回目の接種と比較して、リンパ節の腫れが多く (20%程度) 報告されています。症状がひどかったり長引く場合は、医療機関を受診してください。

### 予防接種後健康観察制度について

予防接種では健康観察 (病気になる前まで) が起こることがあります。極めて稀ではあるものの、なぐることができないことから、救済制度が設けられています。

新型コロナワクチンの予防接種によって健康被害が生じた場合にも、予防接種法に基づく救済 (医療費・障害年金等の給付) が受けられます。申請に必要な手続きなどについては、住民票がある市町村にご相談ください。

### 新型コロナウィルス感染症について

SARS-CoV-2 による感染症が感染すると、熱や咳など風邪によく似た症状がみられます。軽症のまま治癒する人も多い一方、重症化する、呼吸困難などの肺炎の症状が悪化し、死に至る場合もあります。

### 今回接種する新型コロナワクチン (武田/モデルナ社製のワクチン) の特徴

本剤はメッセンジャーRNA (mRNA) ワクチンであり、SARS-CoV-2 のスパイクタンパク質 (ウイルスがヒトの細胞へ侵入するために必要なタンパク質) の設計図となる mRNA を脂質の膜に包んで製造です。本剤接種により mRNA がヒトの細胞内に取り込まれると、この mRNA を基に細胞内でウイルスのスパイクタンパク質が産生され、スパイクタンパク質に対する中和抗体産生及び細胞性免疫応答が誘導されることで、SARS-CoV-2 による感染症の予防が期待できると考えられています。

本剤には、下記の成分が含まれています。

有効成分	SM-102: ヘプタチカン-9-イル-8-(12-ヒドロキシエチル)-(6-オキソ-6-ウンデシルオキシ)ヘキシル(アミ)
添加物	オクタ酸エステル
	コレステロール
	DSPC: 1,2-ジステアロイル-sn-グリセロ-3-ホスホコリン
	1,2-ジミリスチル-ラセ-グリセロ-3-メチルポリオキシエチレン (PEG2000-DMG)
	トコフェロール
	トコメタール塩酸塩
	水酢酸
	酢酸ナトリウム水和物
	精製白糖



**検索**

厚労 コロナ ワクチン

新型コロナワクチンの詳しい情報については、厚生労働省のホームページをご覧ください。

ホームページをご覧にならない場合は、お住まいの市町村等にご相談ください。

参考資料 5 医療従事者及び高齢者施設の従事者の接種券なしの接種対応について

- 被接種者が持つ3回目の接種記録（新型コロナワクチン接種証明書アプリ（デジタル庁提供）による接種証明書やロット番号シールが貼り付けされた接種済み証・接種記録書など）で、3回目の接種後5カ月を経過していることを必ず確認してください。  
（5カ月経過前の接種は、間違い接種となります。）。
- 接種の前に必ず、医療従事者及び高齢者施設の従事者に該当するかどうかを、医療機関又は本人の申告等による情報で確認してください。なお、被接種者の要件の確認結果を予診票等に記録していただく必要はありません。
- 神戸市に住民票がある方で[A]に当てはまる方については、予め施設または個別接種医療機関に送付している「新型コロナワクチン接種の予診票（神戸市用）」を被接種者に交付して、必要事項の記載を求めてください。
- 神戸市に住民票がない方（[B]または[D]）と[C]に当てはまる方は、令和4年7月22日付通知「新型コロナウイルス感染症ワクチン接種 高齢者施設・障害者施設等での追加（4回目）接種の実施について（追加）」中の「7 接種券なしの接種対応について（神戸市に住民票がない方のみ）」に準じて取り扱ってください。
- その他、接種にあたっての注意事項については、厚生労働省ホームページに詳しく掲載されていますので必ずご確認ください。

		従事者の住民票所在地	
		神戸市内	市外
医療機関の所在地	神戸市内	(原則) 神戸市が発行するemail接種券もしくは紙の接種券 接種券取得に時間を要する場合) 以下の3点が確認できる場合は接種券発行申請が省略可※ ①神戸市民であること ②接種券番号 ③5カ月経過 <div style="text-align: right; border: 1px solid black; width: 30px; height: 30px; margin-left: auto;">A</div>	(原則) 住民票所在地自治体が発行する接種券 (接種券取得に時間を要する場合) 本通知の参考資料3を参照 <div style="text-align: right; border: 1px solid black; width: 30px; height: 30px; margin-left: auto;">B</div>
	市外	(原則) 神戸市が発行する紙の接種券 (接種券取得に時間を要する場合) 本通知の参考資料3を参照 <div style="text-align: right; border: 1px solid black; width: 30px; height: 30px; margin-left: auto;">C</div>	(原則) 住民票所在地自治体が発行する接種券 (接種券取得に時間を要する場合) 本通知の参考資料3を参照 <div style="text-align: right; border: 1px solid black; width: 30px; height: 30px; margin-left: auto;">D</div>

※施設接種と同時に接種をおこなった場合に限る