

富山市在住※¹の50歳以上の方を対象に 带状疱疹予防接種にかかる 費用を助成します!

带状疱疹の発症および重症化の予防を図り、高齢期の健康保持増進につなげることを目的に、带状疱疹予防接種にかかる費用を助成します。

助成対象期間

令和7年 4月1日から
令和8年 3月31日まで

1. 助成対象者

接種日時点で富山市在住※¹の50歳以上の方
(定期接種の対象者※²を除く)

※¹ 富山市に住民登録のある方 ※² 定期接種の対象者とは

- ① 60歳以上65歳未満の方でヒト免疫不全ウイルスによる免疫機能の障害で身体障害者手帳1級の交付を受けている方
- ② 令和7年度内(令和7年4月2日～令和8年4月1日)に65歳、70歳、75歳、80歳、85歳、90歳、95歳、100歳を迎える方
- ③ 令和7年度に101歳以上の方

*令和7年度から11年度までの5年間に1人1回、定期接種の機会が設けられます。ただし、任意接種を受けた方は、原則、定期接種の対象外になります。
*定期接種の対象者は、個別に郵送した接種券をご使用ください。 *任意接種に対する費用助成事業と定期接種では、自己負担額が異なります。

2. 助成内容

ワクチンの種類 ※いずれかのみ	生ワクチン	不活化ワクチン
接種回数	1回	2回
助成金額	4,000円/回	10,000円/回
助成回数	上限1回	上限2回

※各医療機関が定める予防接種料が、助成金額を超える場合はその超過額をご負担ください。
(助成金額を下回る場合は、自己負担分はありません。)

※助成を受けられるのは、生涯で一度のみです。
生ワクチンと不活化ワクチン両方の助成を受けることはできません。



3. 接種までの流れ



① 予防接種の予約

協力医療機関へ予防接種の
予約をしてください。

※対象となる医療機関(市と委託契約を締結)
は、富山市ホームページで確認できます。
(準備でき次第、富山市ホームページに掲載します。)

富山市
ホームページはこちら



※医療機関により、接種できるワクチンの種
類、予防接種料が異なりますので、予約時
にご確認ください。



② 助成申請書を記入し、 予防接種を受ける

身分証明書(健康保険証、運転免許証等、
住所と年齢が確認できるもの)を持参し、
医療機関を受診してください。
協力医療機関に配置した「助成申請書」に
必要事項を記入の上、医療機関の窓口へ
提出し、予防接種を受けてください。

※リーフレットの裏面が「助成申請書」となっています。
※「助成申請書」は、富山市のホームページから
ダウンロードができます。



③ 接種料金を 支払う

各医療機関が定める予防
接種料から助成金額を差し
引いた金額を医療機関の窓
口でお支払いください。

〈例えば〉

医療機関が定める予防接種料が
不活化ワクチン22,000円の場合
22,000円-10,000円=12,000円
(接種料) (助成金額) (支払い金額)



富山市带状疱疹予防接種事業 助成申請書

富山市長 様

下記のとおり任意予防接種事業に係る費用の助成を申請します。

なお、申請内容について、必要に応じて住民登録情報を閲覧すること、及び医療機関に問い合わせることに同意します。

接種日	令和 年 月 日		
申請者 (被接種者)	ふりがな	生年月日	年 月 日
電話番号		性別	男 ・ 女
住所	富山市		

希望するワクチンの種類・回数の欄に○印を記入してください。

種類・回数	対象	1回あたりの助成額	○印記入欄
生ワクチン	50歳以上の 富山市民	4,000円	
不活化ワクチン 1回目		10,000円	
不活化ワクチン 2回目		10,000円	

申請にあたり、以下のことについて誓約します。

- ☐ 接種時点で富山市に住民登録があり、50歳以上であること。
- ☐ 定期接種の対象^{※1}ではないこと。
- ☐ ワクチンの種類、助成の額や回数について理解し、助成回数の上限を超えて申請しないこと。
- ☐ 虚偽の情報により申請しないこと。

※1 定期接種対象者・・・以下のいずれかに該当する方

①60歳以上65歳未満の方で、ヒト免疫不全ウイルスによる免疫機能の障害で身体障害者手帳1級の交付を受けている方

②各年度内(4月2日～翌年4月1日まで)に65歳、70歳、75歳、80歳、85歳、90歳、95歳、100歳を迎える方^{※2}
(令和7年度は101歳以上の方も含む)

〈※2 定期接種対象年齢早見表〉

対象年度	65歳	70歳	75歳	80歳	85歳	90歳	95歳	100歳
令和7年度	S35.4.2生～ S36.4.1生	S30.4.2生～ S31.4.1生	S25.4.2生～ S26.4.1生	S20.4.2生～ S21.4.1生	S15.4.2生～ S16.4.1生	S10.4.2生～ S11.4.1生	S5.4.2生～ S6.4.1生	T14.4.2生～ T15.4.1生
8年度	S36.4.2生～ S37.4.1生	S31.4.2生～ S32.4.1生	S26.4.2生～ S27.4.1生	S21.4.2生～ S22.4.1生	S16.4.2生～ S17.4.1生	S11.4.2生～ S12.4.1生	S6.4.2生～ S7.4.1生	T15.4.2生～ S2.4.1生
9年度	S37.4.2生～ S38.4.1生	S32.4.2生～ S33.4.1生	S27.4.2生～ S28.4.1生	S22.4.2生～ S23.4.1生	S17.4.2生～ S18.4.1生	S12.4.2生～ S13.4.1生	S7.4.2生～ S8.4.1生	S2.4.2生～ S3.4.1生
10年度	S38.4.2生～ S39.4.1生	S33.4.2生～ S34.4.1生	S28.4.2生～ S29.4.1生	S23.4.2生～ S24.4.1生	S18.4.2生～ S19.4.1生	S13.4.2生～ S14.4.1生	S8.4.2生～ S9.4.1生	S3.4.2生～ S4.4.1生
11年度	S39.4.2生～ S40.4.1生	S34.4.2生～ S35.4.1生	S29.4.2生～ S30.4.1生	S24.4.2生～ S25.4.1生	S19.4.2生～ S20.4.1生	S14.4.2生～ S15.4.1生	S9.4.2生～ S10.4.1生	S4.4.2生～ S5.4.1生

----- 以下、医療機関記入欄 -----

助成対象者であることを確認し、予防接種を実施しました。

令和 年 月 日

医療機関名

医師署名または記名