

業務仕様書

1. 業務名

新型コロナウイルスワクチン・季節性インフルエンザワクチン予防接種券等作成封入封緘業務

2. 業務期間

契約締結の日の翌日 ～ 2026 年 9 月 30 日

3. 業務内容

受託者は、(1)～(4)に基づき業務を行うこと。業務に関して個人情報を扱うため、プライバシーマーク、ISMS の認証または同等のプライバシーポリシーを有し、個人情報の取り扱いに十分に配慮した業務を行うこと。

- (1) 窓あき封筒、案内文書、予診票付チラシ 印刷業務
- (2) 宛名台紙・接種券 作成、印刷業務
- (3) 封入封緘業務
- (4) 区内特別扱い郵便区分け作業

4. 委託業務詳細

- (1) 窓あき封筒、案内文書、新型コロナ用予診票付チラシ、インフルエンザ用予診票付チラシ 印刷業務

ア 窓あき封筒

(ア) 大きさ

長形 3 号サイズ。縦 225mm×横 120mm、折り返し部分は含めない。

(イ) 材質

封筒の外側から封入物が透けて見えないようにする。

(ウ) 配色

印字は黒色とする。

(エ) 窓開き（表面 1 箇所）

宛名台紙に印刷した送付先宛名が見えるようにすること。

イ 案内文書

片面一色 新型コロナとインフルエンザ予防接種の案内文

ウ 新型コロナ用予診票付チラシ

(ア) 予診票付チラシの規格（片面１色印刷）

Ａ３色上質紙、中央二分割ミシン目。新型コロナ分は若草色とする。

(イ) 印刷内容

紙面の左側にワクチン説明等、右側に予診票とする。

予診票印刷内容は、別紙１のとおり。

エ インフルエンザ用予診票付チラシ

前ウと同様とする。ただし用紙色についてはインフルエンザ分は水色とし、予診票印刷内容は別紙２のとおり。

(2) 宛名台紙・接種券 作成印刷業務

本市から提供する対象者データを基に、次の内容の印字を行うこと。

ア 宛名台紙

(ア) 規格

窓あき封筒から宛先が読み取れる大きさとで作成すること。

(イ) 印字

「送付先郵便番号」、「送付先住所」、「送付先宛名」を印字すること。

市が指示する地域への送付分には「区域内郵便」の印字をすること。

イ 接種券の規格

(ア) 規格

別紙３、別紙４、別紙５に準ずること。

(イ) テスト

受託者は、テスト用接種券を作成し規格の適否を市担当者に確認すること。

市は、広島県国民健康保険団体連合会にて読み取りのテストを依頼し、結果が適合していた時、受託者に接種券の本作成を依頼する。不適合の場合、受託者は市の指示により必要な修正を加え本作成に取り掛かること。

(ウ) 「漢字氏名」、「カナ氏名」、「性別」、「生年月日」、「男女の別」、「接種券整理番号（高齢）」、「市町名」、「市町コード」、「接種コード」、「公費負担額」、「患者負担額」。

(エ) 高用量インフルエンザワクチン接種券においては、(イ)におけるテストは実施するが、(ウ)における印字は、「市町名」、「市町コード」、「接種コード」、「公費負担額」、「患者負担額」のみとする。

ウ 部数

宛名台紙 10,600 部

接種券（新型コロナ 10,600 部、インフル 10,600 部、高用量インフル 2,500 部）

(3) 封入封緘

宛名台紙、案内文書、接種券、新型コロナ予診票付チラシ、インフルエンザ予診票付チラシを各 1 部ずつ窓あき封筒へ封入封緘し、市へ搬入する。（ただし、高用量インフルエンザ接種券と 50 部の新型コロナ予診票付チラシは直接市へ納品）

発送作業及び発送日までの住民異動等による抜き取り、追加は本市で行うので業務に含まないが、窓あき封筒は 6 町別のアイウエオ順がわかるよう整理すること（抜き取り作業のため）。

(4) 区内特別扱い郵便区分け作業

6 町別のアイウエオ順がわかるように作業し市へ搬入すること。

5. 貸与物

(1) 宛名印刷用データ

宛名印刷のために必要なデータを市から貸与する。

ア データ形式、カンマ区切り CSV 又はエクセル形式

イ 外字データ

ウ 媒体は、CD-ROM もしくは総合行政システムを通じたファイル転送システム利用。

これらのファイル及び媒体については、当該業務に限り使用権を貸与する。

(2) その他

受託業者は、市から受け取った委託業務に関わる磁気テープなどの記録媒体その他の資料等は、毀損あるいは紛失のないよう搬送し、十分な管理のもとに保管するものとする。業務における利用が終わり次第、返納及び一時ファイルの削除を行い、報告すること。

6. 特記事項

(1) 本業務を円滑に遂行するため、市と受託業者は協議を緊密に行うとともに、受託業者は本業務の内容に不明な点が生じた場合は、速やかに市と協議を行うこと。

(2) 受託業者は、本業務に関する専任の担当職員を 1 名置くものとし、受託業務全般の進行管理及び上記協議事項が発生した場合の対応を行うものとする。

(3) 受託業者は、受託後速やかにプライバシーポリシーを市に提出するものとする。また、本業務の実施に際して知り得た事実を第三者に漏らしたり、個人情報等を目的以外に使用したりしてはならない。

(4) 本業務の成果品等の著作権、版權等の権利は市に帰属するものとする。PDF 等電子

データを市へ提出すること。

- (5) 受託業者は、この仕様書、契約書及び市の指示に従って誠実に業務を履行すること。
- (6) 本業務に関する全体日程について、受託業者は受託後、速やかに業務の詳細な工程表を提出するものとする。
- (7) 受託業者は、受託業務の全部又は一部を第三者に委任し、若しくは請け負わせてはならない。ただし、あらかじめ書面によりその旨を市に申請し承諾を得た場合は、当該業務の一部を第三者に委任し、又は請け負わせることができる。

新型コロナウイルス感染症予防接種予診票

		診察前の体温	度	分
住 所	安芸高田市 町			
氏 名				男 ・ 女
生 年 月 日	明治 ・ 大正 ・ 昭和 年 月 日生 (満 歳)			

※ 太線枠内を記入してください。

質 問 事 項	回 答 欄		医師記入欄
今日の新型コロナウイルス感染症の予防接種について市町村から配られている説明書を読みましたか。	はい	いいえ	
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	
現在、何か病気にかかっていますか。 病 名 ()	はい	いいえ	
治療（投薬など）を受けていますか。	はい	いいえ	
その病気の主治医には、今日の予防接種を受けてもよいと言われましたか。	はい	いいえ	
今日、体に具合の悪いところがありますか。 具合の悪い症状を書いてください。()	はい	いいえ	
薬や食品で皮膚に発疹やじんましんが出たり、体の具合が悪くなったことがありますか。	はい	いいえ	
新型コロナウイルス感染症の予防接種を受けたことがありますか。 ①その際に具合が悪くなったことはありますか。 ②新型コロナウイルス感染症以外の予防接種の際に具合が悪くなったことはありますか。	はい はい はい	いいえ いいえ いいえ	
ひきつけ（けいれん）を起こしたことがありますか。	はい	いいえ	
1 カ月以内に予防接種を受けましたか。 予防接種の種類 ()	はい	いいえ	
心臓病、腎臓病、肝臓病、血液疾患などの慢性疾患にかかったことがありますか。 病名 ()	はい	いいえ	
その病気を診てもらっている医師に今日の予防接種を受けてよいと言われましたか。	はい	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 ()	はい	いいえ	
今日の予防接種について質問がありますか。	はい	いいえ	

医師記入欄	以上の問診及び診察の結果、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
-------	---

ワクチンロット番号	接種量	実施場所・医師名・接種年月日
ワクチン名 Lot No. (注)有効期限がきれていないか確認	筋肉内接種 m l	実施場所 医師名 接種年月日 年 月 日

新型コロナウイルス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記入してください。）

医師の診察・説明を受け、予防接種の効果や副反応などについて理解した上で、接種を希望しますか。

(接種を希望します・接種を希望しません)

この予診票は、予防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、本予診票が市町村に提出されることに同意します。
年 月 日 被接種者自署 _____
(※自署できない者は代筆者が署名し、代筆者氏名及び被接種者との続柄を記載)

インフルエンザ予防接種予診票

安芸高田市

		診察前の体温	度		分
住 所	安芸高田市 町		電話番号	—	
受ける人の氏名				男 ・ 女	
生 年 月 日	年 月 日生まれ (満 歳)				

※ 太線枠内を記入してください。

質 問 事 項	回 答 欄		医師記入欄
今日のインフルエンザの予防接種について市から配られている説明書を読みましたか	は い	いいえ	
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	
現在、何か病気にかかっていますか。	は い	いいえ	
病 名()			
治療(投薬など)を受けていますか。	は い	いいえ	
その病気の主治医には、今日の予防接種を受けてもよいと言われましたか。	は い	いいえ	
免疫不全と診断されたことがありますか。	は い	いいえ	
今日、体に具合の悪いところがありますか。	は い	いいえ	
具合の悪い症状を書いてください。()			
薬や食品で皮膚に湿疹やじんましんが出たり、体の具合が悪くなったことがありますか。	は い	いいえ	
インフルエンザの予防接種を受けたことがありますか。	は い	いいえ	
① その際に具合が悪くなったことはありますか。	は い	いいえ	
② インフルエンザ以外の予防接種の際に具合が悪くなったことがありますか。	は い	いいえ	
ひきつけ(けいれん)をおこしたことがありますか。	は い	いいえ	
1か月以内に予防接種を受けましたか。予防接種の種類()	は い	いいえ	
心臓病、腎臓病、肝臓病、血液疾患などの慢性疾患にかかったことがありますか。	は い	いいえ	
病 名()			
その病気を診てもらっている医師に今日の予防接種を受けてよいと言われましたか。	は い	いいえ	
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。	は い	いいえ	
病 名()			
今日の予防接種について質問がありますか。	は い	いいえ	

医師記入欄	以上の問診及び診察の結果、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健康被害救済制度について説明した。 医師署名または記名・押印
-------	--

ワクチンロット番号	接種量	実施場所 ・ 医師名 ・ 接種年月日			
Lot No.	ml	実施場所	医 師 名	年	月 日
		接種年月日			

インフルエンザ予防接種希望書 (医師の診察の結果、接種が可能と判断された後に記入してください。)

医師の診察・説明を受け、予防接種の効果や目的、重篤な副反応の可能性などについて理解したうえで、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、予防接種の安全性の確保を目的としています。このことを理解のうえ、本予診票が安芸高田市に提出されることに同意します。

年 月 日 被接種者署名

(代筆者氏名 被接種者との続柄:)

※ 自署できない場合は代筆者(本人の意思確認ができる家族または主治医)が署名し、代筆者氏名及び被接種者との続柄を記載

約 40mm 約 87mm 約 148mm									
新型コロナワクチン予防接種済証 市町名 X X 市 接種者名 様 医療機関の所在地及び名称									
接種年月日 年 月 日									
予防接種券（新型コロナワクチン） 市町名（X X 市） 3 4 4 0 1 0 接種年月日 2 0 年 月 日									
接種名 新型コロナワクチン 接種コード U 1									
医療機関コード 3 4 被接種者 ID番号 4 0 1 0 0 0 8 2 5 5 5									
保険医療機関の所在地・名称及び開設者氏名 （ふりがな） 性 別 1. 男 2. 女									
名 前 生年月日 年 月 日									
家族等 名 前 住 所 続 柄									
連絡先 電話番号（ ） - 連絡先 電話番号（ ） -									
公費負担額 患者負担額 接 種 1. 集団 2. 個別									
2									

用紙：90kg

予防接種法に基づく新型コロナワクチン予防接種

予防接種法に基づく新型コロナワクチン予防接種は、接種を受ける努力義務は課されておらず、被接種者が希望する場合のみ接種を行います。

1 対象者

①65歳以上のもの

②60歳以上65歳未満の者で、一定の心臓、じん臓若しくは呼吸器の機能又はヒト免疫不全ウイルスによる免疫の機能の障害を有するものとして厚生労働省令で定めるもの（ただし、医師の診断書又は身体障害者手帳の写しなどが必要）ただし、当日の健康状態等により接種できない場合があります。

2 市町が指定する接種期間以外の接種は法定外の接種になり、健康被害が生じた場合も予防接種法の対象となりません。

3 ☐ を記入される場合は、光学文字読取装置で直接読み取りますので、黒ボールペンを使用し枠内に明瞭に記入してください。

4 予防接種を受ける時は、この券を医療機関に提出してください。

5 転出により、当該市町民でなくなった場合は、この券は使用できません。

6 予防接種法第15条に規定する健康被害が生じた場合は、当該市町が対応します。

インフルエンザ予防接種済証									
市町名 安芸高田市					接種年月日 年 月 日				
接種者名 様					医療機関 の所在地 及び名称				
----- 番号取り線 -----									
予防接種券(インフルエンザ)									
市町名(安芸高田市)			3 4 0 5 1 3		接種年月日		2 0 年 月 日		
接種名 インフルエンザ			接種コード		H				
医療機関 コード			3 4		ID番号				
国公立医療機関の所在地、名称及び開設者氏名					被 接種 者 姓 名		性 1.男 2.女		
					生年月日		年 月 日		
					家 族 等 姓 名		続 柄		
					住 所				
連 絡 先			電話番号() -		連 絡 先			電話番号() -	
公費負担額					患者負担額				接種 1.集団 2.個別 2

用紙 90 kg

予防接種法に基づくインフルエンザ予防接種

予防接種法に基づくインフルエンザ予防接種は、接種を受ける努力義務は課されておらず、被接種者が希望する場合のみ接種を行います。

1 対象者

① 65歳以上のもの

② 60歳以上65歳未満の者で、一定の心臓、じん臓若しくは呼吸器の機能又はヒト免疫不全ウイルスによる免疫の機能の障害を有するものとして厚生労働省令で定めるもの（ただし、医師の診断書又は身体障害者手帳の写しなどが必要）ただし、当日の健康状態等により接種できない場合があります。

- 2 市町が指定する接種期間以外の接種は法定外の接種になり、健康被害が生じた場合も予防接種法の対象となりません。
- 3 ☐ を記入される場合は、光学文字読取装置で直接読み取りますので、黒ボールペンを使用し枠内に明瞭に記入してください。
- 4 予防接種を受ける時は、この券を医療機関に提出してください。
- 5 転出により、当該市町民でなくなった場合は、この券は使用できません。
- 6 予防接種法第15条に規定する健康被害が生じた場合は、当該市町が対応します。

高用量インフルエンザ予防接種済証		接種年月日		年	月	日
市町名						
被接種者名		様		医療機関 の所在地 及び名称		
切り取り線						
予防接種券（高用量インフルエンザ）						
市町名（ ）		3	4			接種年月日
接種名 高用量インフルエンザ		接種コード				
医療機関 コード		3	4			
保険医療機関の所在地・名称及び開設者氏名		ID番号				
		被接種者		性別		
		姓 名		男 女		
		生年月日		年 月 日		
		家族等		続柄		
		姓 名				
		住所				
通 信 先		電話番号（ ）		-		
公費負担額		患者負担額		接種		
				1. 集団 2. 個別		

約 40mm

約 87 mm

148mm

予防接種法に基づく高用量インフルエンザ予防接種

予防接種法に基づく高用量インフルエンザ予防接種は、接種を受ける努力義務は課されておらず、被接種者が希望する場合のみ接種を行います。

1 対象者

75歳以上のもの

- 2 市町が指定する接種期間以外の接種は法定外の接種になり、健康被害が生じた場合も予防接種法の対象となりません。
- 3 ☐ を記入される場合は、光学文字読取装置で直接読み取りますので、黒ボールペンを使用し枠内に明瞭に記入してください。
- 4 予防接種を受ける時は、この券を医療機関に提出してください。
- 5 転出により、当該市町民でなくなった場合は、この券は使用できません。
- 6 予防接種法第15条に規定する健康被害が生じた場合は、当該市町が対応します。