

定期予防接種（Ｂ類）意見書

出雲市長様

住所

氏名

生年月日 昭和 年 月 日生

上記の者は、予防接種法関連法令で定める定期予防接種（Ｂ類）対象者の「６０歳以上６５歳未満の者であって、心臓、腎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害を有する者及び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害を有する者」に該当すると認めます。

接種するワクチン ①インフルエンザワクチン

②新型コロナワクチン

該当する機能障がい ①心臓機能障がい

②じん臓機能障がい

③呼吸器機能障がい

④ヒト免疫不全ウイルスによる免疫の機能障がい

令和 年 月 日

医療機関住所

医療機関名

医師名

記入例

定期予防接種（Ｂ類）意見書

出雲市長様

接種者の、住所・氏名・生年月
日を記入してください。

住所 出雲市今市町×☆番地 健康増進アパートA

氏名 出雲 太郎

生年月日 昭和 36年 6月 5日生

上記の者は、予防接種法関連法令で定める定期予防接種（Ｂ類）対象者の
「60歳以上65歳未満の者であって、心臓、腎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害を有する者及びヒト免疫不
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害を有す
る者」に該当すると認めます。

接種するワクチン

①インフルエンザワクチン

②新型コロナワクチン

該当するワクチンに○を
してください。
（同時接種の場合は両方
に○をしてください。）

該当する機能障がい

①心臓機能障がい

②じん臓機能障がい

③呼吸器機能障がい

④ヒト免疫不全ウイルスによる免疫の機能障がい

該当する箇所に○をして
ください。

日付（接種日当日か接種日
以前）・医療機関の住所・
医療機関名・医師名を記入
してください。

令和 8年 10月 15日

医療機関住所 出雲市今市町70番地

医療機関名 出雲健康増進医院

医師名 出雲 花子