

令和8年度 インフルエンザワクチン及び 新型コロナウイルスワクチンの定期接種に関する説明会



出雲市健康福祉部健康増進課

目 次

1. インフルエンザワクチン定期接種について

○高用量インフルエンザワクチンの定期接種見送りについて	4
○定期接種の概要	5
○委託料について	6

2. 新型コロナワクチン定期接種について

○定期接種の概要	8
○委託料について	9
○ワクチンについて	10

3. インフルエンザワクチン、新型コロナワクチン共通事項

○接種体制について	12
○予診票・ワクチン説明書について	13
○接種の流れ	16
○費用請求(委託料)について	21
○注意事項	25
○副反応・事故発生時の対応について	26
○新型コロナワクチンとインフルエンザワクチンの比較	27
○意向調査について	28
○今後のスケジュール（予定）	29
○質問について	30

1. インフルエンザワクチン定期接種について



○高用量インフルエンザワクチンの定期接種見送りについて

高用量インフルエンザワクチン（エフルエルダ筋注）については、**令和8年10月1日**から予防接種法において定期接種として定められる予定であり、本市においても同日から接種を開始する予定でした。

しかし、この度、国から、令和8年度の定期接種化を見送る旨の通知がありましたので、**本市においても定期接種の実施を見送ります。**

※国が定期接種化を見送った理由

当該ワクチンの製造販売元のサノフィ株式会社が、「一部製造プロセスの確立・検証に関して、想定を上回る期間を要しており、当初の計画どおりの供給が困難となった」との見解を示したため。



令和8年度のインフルエンザワクチン定期接種は昨年度から変更がありません。

○定期接種の概要

- ・昨年度と**変更点はありません**。
- ・定期予防接種B類として実施します。

対象者	出雲市に住民登録があり 、次に該当する方 ① 65歳以上の方 ② 60歳以上65歳未満の方であって、心臓、腎臓又は呼吸器の機能に自己の身の辺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方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方 （概ね身体障がい者程度1級に相当する方） <u>※ ②の場合、医師の意見書が必要</u> 上記以外の方は定期接種対象外（任意接種対象）です。
接種期間	令和8年10月1日～令和9年1月31日 （新型コロナワクチンと同期間）
接種回数	接種時期に 1回 接種 ※ 2回目以降の接種は定期接種とならないのでご注意ください
接種費用	自己負担額：2,000円 生活保護受給者は無料

○委託料について

【インフルエンザワクチン定期接種】

区 分	自己負担金の徴収	(1) - (2) 市から医療機関 への支払額	委託料単価	
			基本単価 (1)	自己負担金 (2)
接種完了者	負担金あり	2, 6 0 0 円	4, 6 0 0 円	2, 0 0 0 円
	負担金なし (生活保護世帯)	4, 6 0 0 円	4, 6 0 0 円	0 円
接種不可者 (予診のみ)		2, 0 0 0 円	2, 0 0 0 円	0 円

接種日に生活保護世帯に属する被接種者について

「免除申請書・同意書」を記入することにより、自己負担金を免除します。
「免除申請書・同意書」は後日郵送する様式または後日ホームページに掲載する様式をご使用いただき、予診票とセットにして請求してください。(請求方法は後述)

2. 新型コロナワクチン定期接種について



○定期接種の概要

インフルエンザワクチン定期接種と同様

- ・昨年度と**大きな変更点はありません**。
- ・定期予防接種B類として実施します。

対象者	出雲市に住民登録があり、次に該当する方 ① 65歳以上の方 ② 60歳以上65歳未満の方であって、心臓、腎臓又は呼吸器の機能に自己の身の辺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方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方 (概ね身体障がい者程度1級に相当する方) <u>※ ②の場合、医師の意見書が必要</u> 上記以外の方は定期接種対象外(任意接種対象)です。
接種期間	令和8年10月1日～令和9年1月31日 (インフルエンザワクチンと同期間)
接種回数	接種時期に 1回 接種 ※2回目以降の接種は定期接種とならないのでご注意ください
接種費用	自己負担額：6,000円 生活保護受給者は無料

○委託料について

【新型コロナワクチン定期接種】

区 分	自己負担金の徴収	(1) - (2) 市から医療機関 への支払額	委託料単価	
			基本単価 (1)	自己負担金 (2)
接種完了者	負担金あり	9, 6 0 0 円	1 5, 6 0 0 円	6, 0 0 0 円
	負担金なし (生活保護世帯)	1 5, 6 0 0 円	1 5, 6 0 0 円	0 円
接種不可者（予診のみ）		2, 0 0 0 円	2, 0 0 0 円	0 円

接種日に生活保護世帯に属する被接種者について

インフルエンザワクチン定期接種と同様

「免除申請書・同意書」を記入することにより、自己負担金を免除します。
「免除申請書・同意書」は後日郵送する様式または後日ホームページに掲載する様式をご使用いただき、予診票とセットにして請求してください。（請求方法は後述）

〇ワクチンについて

(1) ワクチンの種類

流行している株に対応したワクチン

(本年度は①1価のLP.8.1、②XFG、NB.1.8.1)

(2) ワクチンの供給

市場で流通し、希望するワクチンを医療機関が各々調達

※注射器等の資材も各医療機関でご準備ください。

(参考) 標準的なワクチン代：11,800円/回 程度

(3) 他のワクチンとの接種間隔

新型コロナワクチンと他のワクチンとの同時接種については、特に医師が必要と認めた場合に可能です。また、他のワクチンとの接種間隔に制限はありません。

(インフルエンザワクチンも同様です。)

3. インフルエンザワクチン、新型コロナワクチン共通事項



○接種体制について

本市が医療機関と委託契約を締結する「**個別接種**」にて実施します。

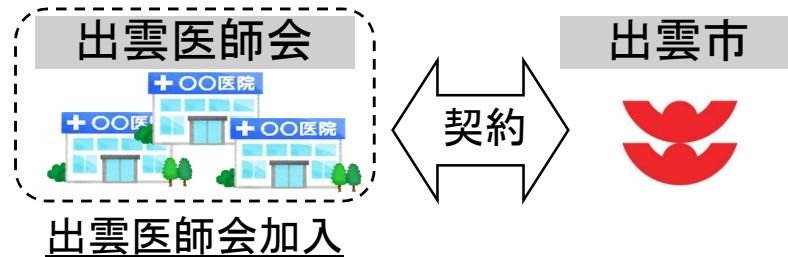
※「集団接種」は実施しません。

<契約手順>

(1) 「意向調査書」、「承諾書」の2点を出雲市に提出 **※9月9日(水) 〆切**

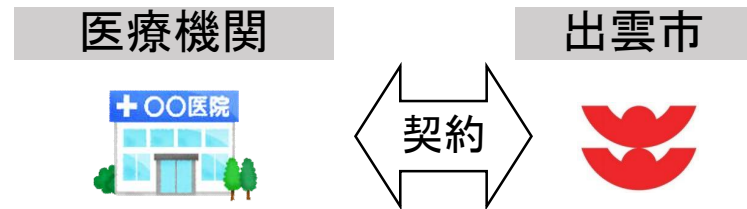
・出雲医師会**加入**の場合

(2) **出雲医師会**と**出雲市**との間で集合契約を締結します。
各医療機関の作業はありません。



・出雲医師会**未加入**または直接契約を希望する場合

(2) **医療機関**と**出雲市**との間で**直接**委託契約を締結します。別途、出雲市から医療機関宛に契約書を2部お送りしますので、押印後、出雲市に契約書を1部ご返送ください。



接種に使用する**予診票**と**ワクチン説明書**は**9月中旬ごろ**に市から実施医療機関宛に発送します。
※いずれのワクチンも、昨年度発送した予診票もお使いいただけますので、医療機関に昨年度の予診票の在庫がある場合は、併せて使用していただきますようお願いいたします。

〈新型コロナワクチン予診票・説明書〉

[illegible][illegible]

○予診票・ワクチン説明書について（続き）

予診票記入時の注意事項

以下の誤りが散見されますので、改めてご注意願います。

高齢者新型コロナウイルス感染症予防接種予診票				[市提出]	
《太枠内の事項についてボールペンで記入》				出雲	
住 所	出雲市			【住所】 住民登録 がある住所を記入 ※特に施設入所者の住所に誤りが多いです。	
氏 名			接種前の体温	度	分
生 年 月 日	大正・昭和 年 月 日生（満 歳）		（再検）	度	分
			電話番号		
質 問 事 項			回 答 欄	医師記入欄	
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、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	【医師署名】 手書きで記入 （印鑑、ゴム印は不可）	
ワクチンロット番号	接種量	実施場所			
ワクチン名：	筋肉内接種	実施場所			
Lot No.：		医師名			
		m l	接種年月日	令和 年 月 日	ゴム印可ですが、はっきり分かるように押印 ※特に接種日

予診票記入時の注意事項

問診で確認したことが
分かるように
医師記入欄へ✓の記入

○接種の流れ

予約時

- (1) 接種希望者からの電話等により受付
- (2) 予約受付時に以下のことを確認
 - ① 接種予定日に出雲市民であるかどうか
 - ② 今回が今年度1回目の接種であるか
 - ③ 定期接種可能な年齢であるか。(定期接種対象外の方であれば任意接種)
- (3) 接種費用が有料であることを伝える。



接種当日の対応

- (1) 受付
接種対象者であるか再度確認(予診票の確認ポイントは後述の15ページ目)
60歳以上65歳未満の疾患等をお持ちの場合は医師の意見書が必要
- (2) 予診・診察
 - ① 検温、問診、診察(視診・聴診)
 - ② 接種の可否判断
 - ③ 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する。
 - ④ 予診票に医師の署名(印鑑、ゴム印等は不可)
 - ⑤ 被接種者に接種意思を確認し、予診票に署名
(なお、被接種者の意思確認が容易でない場合は、家族又はかかりつけ医の協力を得る。明確に被接種者の意思確認ができない場合は、接種しない)

○接種の流れ(続き)

接種当日の対応

(3) 接種

- ①被接種者氏名、ワクチン名、接種量を再度確認し接種
- ②予診票にワクチンメーカー、Lot.No.、接種量（新型コロナワクチンのみ）、接種医療機関名、医師名、接種年月日を記入（ゴム印可、ワクチンシール貼付可）

(4) 予防接種済証の発行

複写式になっている**予診票の2枚目にある予防接種済証**に、ワクチンメーカー、Lot.No.、接種量（新型コロナワクチンのみ）、医療機関名、医師名、接種年月日を記入し、切り離し被接種者に交付

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.：	筋肉内接種 ml	実施場所 医師名 接種年月日 令和 年 月 日
新型コロナウイルス感染症予防接種済証		
下記の者は、上記の医療機関で予防接種法上に基づく新型コロナウイルス感染症予防接種を受けたことを証します。		
出雲市長（公印略）		
令和 年 月 日	被接種者氏名	代筆者氏名（続柄）

記入箇所

複写されますが、1枚目を
ゴム印で記入した場合は、
2枚目も記入してください。

予診票の2枚目にある予防接種済証

(5) その他

接種できなかった方には、新しい予診票を渡し、後日受けるよう案内

○接種の流れ(続き)

予診票の確認ポイント

定期接種の対象者かどうか判別するため、予診票の下記欄をご確認ください。

高齢者新型コロナウイルス感染症予防接種予診票		[市提出用]
		出雲市
《太枠内の事項についてボールペンで記入》		
住 所	出雲市	①【住所】住民登録が出雲市の住所であること
氏 名		
生 年 月 日	大正・昭和 年 月 日生 (満 歳)	②【生年月日】いずれかに該当すること ・65歳以上である方 ・60～64歳で一定の疾患がある方
接種前の体温 度 分		
電 話 番 号		
質 問 事 項		
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	はい	いいえ
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	いいえ
③今年度(4月1日以降)に接種を受けましたか。 接種日 (月 日)	はい	いいえ
今日の新型コロナウイルス感染症予防接種について説明書(別紙)を読みましたか。	はい	いいえ

Q.③今年度(4月1日以降)に接種を受けましたか。(新型コロナワクチンのみ)

はい ⇒ (接種日:4月～9月) … 4月～9月に任意接種済のため、接種間隔(※)経過後に**定期接種**できます。

(接種日:10月以降) … 今年度の定期接種済のため、次の接種は**任意接種**になります。

いいえ ⇒ 今年度1回目のため、**定期接種**になります。

(※)ワクチンの種類により接種間隔が異なる可能性があります。取扱うワクチンメーカーからの資料をご確認ください。

○接種の流れ(続き)

生活保護受給者「定期予防接種（Ｂ類）自己負担金免除申請書・同意書」記入方法

※昨年度からインフルエンザ、新型コロナの免除申請書・同意書の様式を統一しています。

記入箇所

定期予防接種（Ｂ類）
自己負担金免除申請書・同意書

出雲市長 様

私は自己負担金免除要件に該当しますので、定期予防接種（Ｂ類）自己負担金の免除を申請します。
つきましては、私及び私の世帯員が接種日現在、生活保護世帯であるかどうかについて、貴市福祉担当課に調査を求めることに同意します。

接種するワクチン ①インフルエンザワクチン ②新型コロナウイルスワクチン

令和 8 年 10 月 1 日

郵便番号 693-8530

住 所 出雲市今市町70番地

ふりがな いずも たろう
氏 名 出雲 太郎

生年月日 昭和35年 6 月 18 日

電話番号 21-6829

自署できない場合
代筆者署名 出雲 ()
代筆者の住所
電話番号

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。)

接種する日を記入してください。

自署できない場合は代筆者が記入してください。

○接種の流れ(続き)

【60～64歳疾患有】「定期予防接種（B類）意見書」記入方法

※ 昨年度からインフルエンザ、新型コロナの意見書の様式を統一しています。

定期予防接種（B類）意見書	
出雲市長様	
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 40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 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

記入箇所

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。

○費用請求(委託料)について

請求先

〒693-8530 出雲市今市町70番地
出雲市健康増進課 予防接種担当 宛

請求手順

委託料の請求は、月単位で**接種月の翌月20日(※)**までに行ってください。

※ 請求が遅れる場合は、必ず事前にご連絡ください。

＜提出書類＞

昨年度から請求書類を統一しています。インフルエンザワクチンと新型コロナワクチンを定期予防接種（B類）として、一括して請求していただけます。

①請求書、②内訳表、③予診票（原本）

④【生活保護受給者】定期予防接種（B類）費用免除申請書・同意書

⑤【60～64歳疾患有】定期予防接種（B類）予防接種意見書

※④⑤は対象者の接種を実施した時のみ

費用支払

請求内容を審査した後、接種月の**翌々月の末日**までに委託料を医療機関にお支払いします。

○費用請求(委託料)について(続き)

記入箇所

[提出用]

定期予防接種(B類)委託料 請求書

令和 8 年 11 月 4 日

出雲市長様

住 所: 出雲市今市町70
医療機関名: 市役所医院
氏 名: 出雲 太郎

定期予防接種(B類)について、下記のとおり実施しましたので、請求いたします。

金額 7 4 0 0 0 円

1. 実施期間 令和 8 年 10 月分

2. 実施内容

種類	契約単価	接種者数	委託料
インフルエンザ	接種完了者 2,600 円 × 10 人 =		26,000 円
	(生活保護世帯) 4,600 円 × 人 =		0 円
新型コロナ ウイルス	接種完了者 9,600 円 × 5 人 =		48,000 円
	(生活保護世帯) 15,600 円 × 人 =		0 円
	接種不可者 2,000 円 × 人 =		0 円

○昨年度配布した請求書も使用できます。

押印は不要です。但し、訂正をする場合は、押印が必要です。
(訂正印は請求書、内訳書とも同じ印をご使用ください)

請求額の訂正はできません。
金額を訂正される場合は、新しいものを作成してください。

○費用請求(委託料)について(続き)

記入箇所

定期予防接種(B類)委託料内訳表

令和 8 年 10 月分 医療機関名: 市役所医院 (提出用)

接種日	氏名	接種完了者				接種不可者	備考
		インフルエンザ		新型コロナウイルス			
		個人負担金あり	個人負担金なし	個人負担金あり	個人負担金なし		
1 15	山田 太郎	○					
2 16	出雲 太郎			○			
3 17	今市 花子	○		○			
4 18	今市 一郎					○	
5 19	出雲 花子	○					1
6							
23							
24							
25							
人数計(人)		2	0	2	0	1	
1人当り単価(円)		2,600	4,600	9,600	15,600	2,000	
小計(円)		5,200	0	19,200	0	2,000	
請求額		26,400円					

○昨年度配布した内訳表も使用できます。

訂正印をお願いします。

該当する場合の数字を記入してください。

同時接種した場合は一行にまとめて記入してください。

※該当する欄に○を記入してください

※満60歳以上65歳未満の接種者は、下記の該当項目の番号を備考欄に記入してください。

1. 心臓機能障がい 2. じん臓機能障がい
3. 呼吸機能障がい 4. ヒト免疫不全ウイルスによる免疫の機能障がい

○費用請求(委託料)について(続き)

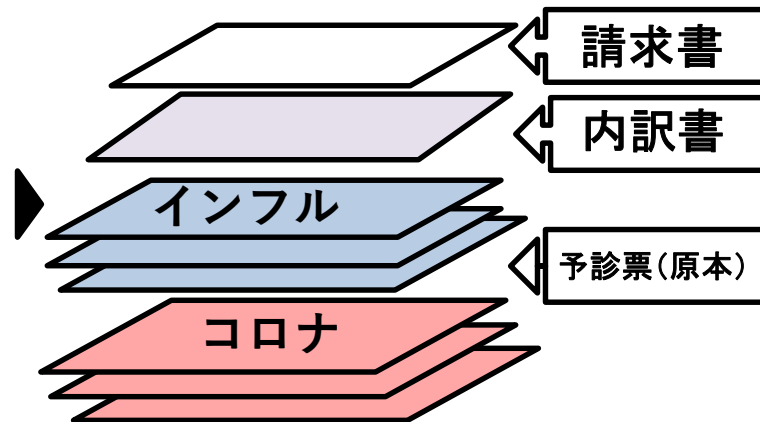
請求方法

予診票はワクチンの種類別にまとめ、請求書と内訳表と合わせて提出してください。

※窓口で直接提出される場合は、健康増進課東側の6番または7番窓口までお持ちください。

定期予防接種(B類)委託料内訳表							
令和 8 年 10 月分		(医療機関名: 市役所医院)				(/) [提出用]	
接種日	氏 名	接 種 完 了 者				接 種 不可者	備 考
		インフルエンザ		新型コロナウイルス			
		個人負担金 あり	個人負担金 なし	個人負担金 あり	個人負担金 なし		
15	山田 太郎 (印)	○					
16	出雲 太郎			○			
17	今市 花子	○		○			
18	今市 一郎					○	
19	出雲 花子	○					1
6							

＜請求書類の編綴方法＞



＜その他注意点＞

- ・ 請求書、内訳書、予診票はクリップ・輪ゴム・綴り紐等でひとまとめにしてください。
- ・ 他の予防接種の請求書類と混ぜないでください。
- ・ 「【生活保護受給者】免除申請・同意書」「【60～64歳疾患有】意見書」の添付書類は対象の予診票の後ろに並べて提出してください。

○注意事項

・予診票について

- ① **定期接種対象外の方が接種をされる場合は、任意接種用の予診票を使って**接種をしていただくようお願いします。
- ② 請求書を提出される前に、再度、予診票の記入漏れ等がないか確認をお願いします。
(医師署名、接種可否の○記入、ロット番号、接種量など)

・出雲市に住民票がある方が、市外で接種を希望される場合について

出雲市に住民票がある方が、**市外の医療機関**で接種を希望される場合は、事前に出雲市に申請を出していただく場合があります。該当の方がおられましたら、出雲市健康増進課まで問い合わせをしていただくよう、案内をお願いします。

・出雲市外に住民票がある方が、出雲市内で接種を希望される場合について

出雲市外に住民票がある方が**出雲市内の医療機関**で接種を希望される場合は、**住民票がある自治体の予診票**を使って接種をしていただく必要があります。該当の方がおられましたら、住民票のある自治体へ問い合わせをしていただきますようお願いいたします。

○副反応・事故発生時の対応について

予防接種後に、医療機関において予防接種後副反応疑い報告基準に該当する方を診断した場合は、速やかに予防接種後副反応疑い報告を提出してください。
併せて、出雲市健康増進課へも電話又は電子メールにて報告をお願いします。

報告先

(独) 医薬品医療機器総合機構 (PMDA)

報告方法

次のいずれかの方法で報告

①「電子報告システム」から報告

URL: <https://www.pmda.go.jp/safety/reports/hcp/0002.html>

② 予防接種後副反応報告書に記載の上、次の送付先にFAX

FAX: 0120-176-146 (各種ワクチン共通)



○新型コロナウイルスワクチンとインフルエンザワクチンの比較

	新型コロナウイルス (定期接種)	インフルエンザワクチン (定期接種)
対象者	● 65歳以上の方 ● 60歳以上65歳未満の方であって、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方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方（概ね身体障がい者程度1級に相当する方）	
接種回数	接種時期に1回接種 <u>※2回目以降の接種は定期接種とならないのでご注意ください。</u>	
ワクチン	市場で流通し、医療機関が各々調達（注射器等も同様）	
接種券	使用しない	
予診票	市から医療機関に配布（予診票の色：コロナ「ピンク色」、インフルエンザ「水色」）	
委託契約	医師会との集合契約または個別契約 ※意向調査を実施中です。（9月9日〆切）	
請求先	市に直接請求	
接種時期	令和8年10月1日～令和9年1月31日	
最終請求日	令和9年2月19日（金）【必着】	
接種費用	有料（自己負担額：6,000円） ※生活保護受給者は無料	有料（自己負担額：2,000円） ※生活保護受給者は無料

○意向調査について

インフルエンザワクチン及び新型コロナワクチン
定期接種の意向調査を実施中です。

郵送又は電子メールにて様式をお送りしています。

- 回答様式： ①意向調査書、②承諾書
- 回答方法： 郵送、FAX、メール、持参
- 回答期限： **令和8年9月9日（水）**

※②は予防接種を実施する場合にご提出ください。

定期接種実施の可否に関わらず、調査には
全医療機関ご回答いただきますようご協力をお願いいたします。

【FAX送信先】出雲市役所健康増進課(FAX:0853-21-6965)あて
【MAIL 送信先】kenkou@city.izumo.shimane.jp

※提出期限:令和8年9月9日(水)

令和8年度(2026) 定期予防接種(B類)実施に関する意向調査書

1 医療機関・施設について

所在地	〒		
医療機関・施設名			
代表者名(※)			
メールアドレス			
電話番号	FAX番号	担当者	

(※請求者(医療機関・施設の代表者名)を記入してください。慶込口座の名義人とも一致している必要があります。)

2 令和8年度(2026) 定期予防接種(B類)実施要領について

別紙のとおり

3 意向調査について

下記の予防接種を実施される場合は「ア」に、実施されない場合は「イ」に○を記入してください。

「ア」に○を記入された場合は、実施される予防接種にそれぞれ記入してください。

	委託料等の契約内容に同意し、次の予防接種を実施し、委託料は予防接種実施要領をご参照ください)
ア	☐ インフルエンザ ☐ 新型コロナウイルス ⇒ 実施される予防接種にそれぞれ記入してください。
イ	予防接種を実施しません。 ⇒ 本調査は終了です。(以下は記載されなくて結構です。)

4 公表について

出雲市予防接種を実施している旨の公表の可否についてお伺いします。公表を希望されれば「○」を、希望されなければ「×」を記入してください。(実施されない予防接種は「×」を記入してください。)

「○」の場合、医療機関名、電話番号、所在地等を原則として公表させていただきます。(高齢者施設や出雲市外の医療機関等の場合は公表しません)

インフルエンザ 予防接種の公表の可否	☐	新型コロナウイルス 予防接種の公表の可否	☐
-----------------------	--------------------------	-------------------------	--------------------------

5 請求書及び請求内訳書について

請求書及び請求内訳書の様式について、希望する番号に○を記入してください。

1	手書き(2枚複写)の様式を希望
2	Excel データを希望 (後日、書式をホームページに掲載しますので、ダウンロードしてお使いください)
3	独自に作成するため不要

※インフルエンザワクチンと新型コロナワクチンの「請求書及び請求内訳書」は同じ様式です。

○今後のスケジュール（予定）

時 期	内 容
令和 8 年 9 月 9 日	意向調査の回答期限（インフル、コロナ両方）
9 月中旬 頃	医療機関宛に資材配送（インフル、コロナ様式別種類） 意向調査で「実施」と回答された定期接種に関する資材のみ配布配送します。 < 配布物 > <u>（実施する医療機関）</u> 予診票、ワクチン説明書、予防接種ガイドライン <u>（紙の請求書使用の医療機関）</u> 請求書、内訳書 <u>（公表希望の医療機関）</u> 掲示用ポスター
10月 1 日	インフルエンザワクチン、新型コロナワクチン定期接種開始
令和 9 年 1 月31日	インフルエンザワクチン、新型コロナワクチン定期接種終了
2 月19日	インフルエンザワクチン、新型コロナワクチン最終請求期限（必着）

○質問について

説明会動画の中でご不明点等がある場合は、別添の質問票を **9月9日（水）** までにFAX、またはメールにて健康増進課まで提出をお願いします。

メールでの提出の場合は、様式をホームページに掲載しておりますのでダウンロードしてご使用ください。取りまとめのうえ、全ての医療機関へ回答します。

※【質問締切】令和8年9月9日(水)	
【FAX 送信先】 0853-21-6965	
【メール送信先】 kenkou@city.izumo.shimane.jp	
質 問 票	
送 信 日: 令和8年(2026) 月 日 ()	
送 信 先: 〒693-8530 出雲市今市町70番地 出雲市健康福祉部健康増進課 予防接種担当 宛	
発 信 者:	
FAX 番号:	
電話番号:	
送信枚数	枚(送信票を含む)
内 容	