

様式集

分類	様式	備考
定期予防接種	① 令和7年度(2025)出雲市定期予防接種実施に関する意向調査書	【要提出】 <u>※提出期限:令和7年3月21日(金)必着</u>
	② 承諾書	【実施する医療機関のみ要提出】 <u>※提出期限:令和7年3月21日(金)必着</u>
	③ 予防接種を行う医師の氏名(定期接種)	
	④ 高齢者肺炎球菌予防接種意見書	
	⑤ 高齢者肺炎球菌予防接種自己負担金免除申請書・同意書(両面印刷)	
	⑥ 高齢者带状疱疹予防接種意見書	
	⑦ 高齢者带状疱疹予防接種自己負担金免除申請書・同意書(両面印刷)	
任意予防接種	⑧ 令和7年度(2025)出雲市おたふくかぜ任意予防接種実施に関する意向調査書	【要提出】 <u>※提出期限:令和7年3月21日(金)必着</u>
	⑨ 承諾書	【実施する医療機関のみ要提出】 <u>※提出期限:令和7年3月21日(金)必着</u>
	⑩ 予防接種を行う医師の氏名(おたふく)	
その他	⑪ 長期療養を必要とする疾病にかかった者等の定期接種に関する特例措置対象者該当理由書	
	⑫ 長期療養者の定期接種申請書	
	⑬ 予防接種後副反応疑い報告書	
	⑭ 質問票	【問い合わせがある場合のみ】 <u>※提出期限:令和7年3月18日(火)</u>

様式集

意向調査書等の提出は、郵送、メール、FAX または直接持参のいずれの方法でも構いません。
メールでの提出を希望される場合、意向調査書等のデータは出雲市ホームページに掲載しています。
出雲市ホームページ > 左上の検索窓に「予防接種 請求書等様式」と入力し、検索
> 「令和6年度 出雲市予防接種委託料請求書等様式について【健康増進課】」

郵送：〒693-8530 出雲市今市町70 出雲市役所健康増進課健康企画係 行
メール：kenkou@city.izumo.shimane.jp FAX：0853-21-6965

※提出期限: 令和7年3月21日(金)必着

【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

令和7年度出雲市定期予防接種事業実施に関する意向調査書

1 医療機関について

所在地	〒				
医療機関・施設名					
代表者名(※)					
メールアドレス	※市からの通知、情報提供等についてメールでの受取を希望される場合はメールアドレスをご記入ください。				
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。)

2 意向調査について

2ページ目「5. 実施可能な予防接種について」の予防接種の種類のうち、いずれか一つでも実施される場合は「ア」に、実施されない場合は「イ」に○を記入してください。

ア : 委託料等の内容について同意し、予防接種を実施します。

(当初予定はなくても中途から実施の可能性がある場合、「ア」に○を記入してください。)

⇒ アの場合、3以降の調査にご協力ください。

イ : 予防接種を実施しません。

⇒ イの場合、以上で本調査は終了です。(以下は記載されなくて結構です。)

3 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。

「○」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。

(県外、高齢者施設等の場合は公表しません)

公表の可否(○か×)	
------------	--

4 請求書及び請求内訳表について

請求書及び請求内訳表の様式について、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

5 実施可能な予防接種について

以下の予防接種について、実施される場合は「○」を、されない場合は「×」を記入してください。
記入のない場合、原則として「×」と見なします。

予防接種の種類	接種対象	実施の可否
ロタウイルス(ロタリックス:1価)	生後6週0日後から生後24週0日後まで	
ロタウイルス(ロタテック:5価)	生後6週0日後から生後32週0日後まで	
5種混合	満2か月から満5歳未満	
小児用肺炎球菌	満2か月から満5歳未満	
B型肝炎	満2か月から満1歳未満	
BCG ※1	満1歳未満	
水痘	満1歳から満3歳未満	
1期麻しん風しん混合	満1歳から満2歳未満	
2期麻しん風しん混合	小学校就学前1年間	
1期日本脳炎	満6か月から満7歳半未満	
2期日本脳炎	満9歳から満13歳未満	
日本脳炎(特例対象)	平成17年4月2日から平成19年4月1日生まれ かつ満20歳未満	
二種混合(DT)	満11歳から13歳未満	
HPV9価(シルガード9)	【定期接種】 小学6年から高校1年相当の女性	
HPV4価(ガーダシル)	【キャッチアップ接種経過措置】 平成9年4月2日から平成21年4月1日生まれ の女性	
HPV2価(サーバリックス)	(令和4年4月1日～令和7年3月31日に1回以上接種した者に限る)	
ヒブ	満2か月から満5歳未満	
4種混合(DPT-IPV)	満2か月から満7歳半未満	
3種混合	満2か月から満7歳半未満	
不活化ポリオ	満2か月から満7歳半未満	
高齢者肺炎球菌 ※2	(接種日時点で)65歳の者	
高齢者带状疱疹 ※3	令和7年度中に 65歳、70歳、75歳、80歳、85歳、90歳、 95歳、100歳を迎える者及び100歳以上の者	

※1 BCG接種の研修を受けた医師のみ実施していただけます。

(令和6年度に実施されている医師は今年度も実施していただけます。)

※2 「接種日の年齢が60歳から65歳未満で、心臓、腎臓、呼吸器の機能の障がい又はヒト免疫不全ウイルスにより免疫の機能に障がいがあり、身体障がい者手帳1級に相当する者」も対象となります。

※3 「接種日の年齢が60歳から65歳未満で、ヒト免疫不全ウイルスにより免疫の機能に障がいがあり、身体障がい者手帳1級に相当する者」も対象となります。

6 予防接種実施時間帯等について

予防接種を実施される時間帯等について記入して下さい。

実施日 (記入例:毎週水・金・土)	実施時間帯 (記入例:15:00～16:00)

承 諾 書

貴市からの令和7年度定期接種の実施に関する協力要請に応じ、
本事業にかかる実施要領に沿って、貴市の実施する予防接種に協力
することを承諾いたします。

令和 7年 3月 17日

住 所

医療機関名

代 表 者 名

出雲市長 飯 塚 俊 之 様

記入例

承 諾 書

貴市からの令和7年度定期接種の実施に関する協力要請に応じ、
本事業にかかる実施要領に沿って、貴市の実施する予防接種に協力
することを承諾いたします。

令和 7年 3月17日

日付は修正しないでください。

住 所 出雲市今市町70番地

医療機関名 出雲健康増進医院

代 表 者 名 院長 健康 花子

①医療機関の住所・

医療機関名を

記入してください。

②請求書等に記載する代表者名を記載して
ください。押印は不要です。

※予防接種を行う医師の氏名の記載は不要
です。代表者名のみ記載してください。

出雲市長 飯 塚 俊 之 様

予防接種を行う医師の氏名（定期接種）

医療機関名： _____

[illegible]

記入例

予防接種を行う医師の氏名（定期接種）

医療機関名： 出雲健康増進医院

医師の氏名	医師の氏名
健康 花子	
出雲 太郎	
出雲 次郎	

予防接種を行う医師の氏名を記入して下さい。署名・押印は不要のため、事務の方がまとめて記入いただいて構いません。

高齢者肺炎球菌予防接種意見書

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肺炎球菌予防接種対象者の「六十歳以上六十五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がいを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がいをする者」に該当すると認めます。

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

高齢者肺炎球菌予防接種 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、高齢者肺炎球菌予防接種自己負担金の免除を申請します。

つきましては、私およ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。

令和 年 月 日

郵便番号 _____

住 所 _____

ふりがな
氏 名 _____

生年月日 _____

電話番号 _____

自署できない場合

代筆者署名 _____ 続柄 ()

代筆者の住所 _____

電話番号 _____

高齢者肺炎球菌予防接種自己負担金免除要件

以下の要件に該当する方は自己負担金（実費）3,000円が免除されます。
裏面の同意書により、対象になるかどうかを確認させていただきます。
（対象とならない場合は、後日請求させていただきます。）

自己負担金免除要件

予防接種を受けられる方およびその世帯員が接種日現在、生活保護法による被保護世帯に属する場合

記入例

高齢者肺炎球菌予防接種 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、高齢者肺炎球菌予防接種自己負担金の免除を申請します。

つきましては、私およ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。

令和

年

月

日

注射を受ける日を記入してください

郵便番号

住 所

ふりがな

氏 名

生年月日

電話番号

自署できない場合

代筆者署名

続柄（ ）

代筆者の住所

自署できない場合は
代筆者が記入。

電話番号

高齢者带状疱疹予防接種意見書

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带状疱疹予防接種対象者の「六十歳以上六十五歳未満の者であって、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がいをもつる者」に該当すると認めます。

令和 年 月 日

医療機関住所

医療機関名

医師名

高齢者带状疱疹予防接種 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、高齢者带状疱疹予防接種自己負担金の免除を申請します。

つきましては、私およ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。

令和 年 月 日

郵便番号 _____

住 所 _____

ふりがな
氏 名 _____

生年月日 _____

電話番号 _____

自署できない場合

代筆者署名 _____ 続柄 ()

代筆者の住所 _____

電話番号 _____

高齢者带状疱疹予防接種自己負担金免除要件

以下の要件に該当する方は自己負担金（生ワクチンの場合4,000円、組換えワクチンの場合9,000円）が免除されます。裏面の同意書により、対象になるかどうかを確認させていただきます。

（対象とならない場合は、後日請求させていただきます。）

※組換えワクチンの場合は、2回の接種それぞれで提出が必要です。

自己負担金免除要件

予防接種を受けられる方およびその世帯員が接種日現在、生活保護法による被保護世帯に属する場合

記入例

高齢者带状疱疹予防接種 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、高齢者带状疱疹予防接種自己負担金の免除を申請します。

つきましては、私およ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。

令和 年 月 日

注射を受ける日を記入してください

郵便番号

住 所

ふりがな

氏 名

生年月日

電話番号

自署できない場合

代筆者署名

続柄（ ）

代筆者の住所

自署できない場合は
代筆者が記入。

電話番号

※提出期限:令和7年3月21日(金)必着

【FAX送信先】出雲市役所健康増進課(FAX:0853-21-6965)あて

令和7年度 出雲市おたふくかぜワクチン任意予防接種実施に関する意向調査書

1 医療機関について

所在地	〒				
医療機関・施設名					
代表者名(※)					
メールアドレス	※市からの通知、情報提供等についてメールでの受取を希望される場合はメールアドレスをご記入ください。				
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。)

2 意向調査について

出雲市おたふくかぜワクチン任意予防接種について、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 : 助成額等の内容について同意し、予防接種を実施します。

(当初予定はなくても中途から実施の可能性がある場合、「ア」に○を記入してください。)

⇒ アの場合、3以降の調査にご協力ください。

イ : 予防接種を実施しません。

⇒ イの場合、以上で本調査は終了です。(以下は記載されなくて結構です。)

3 公表について

出雲市おたふくかぜワクチン任意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。

「○」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。

公表の可否(○か×)	
------------	--

4 請求書について

請求書の様式について、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

5 予防接種実施時間帯等について

実施される時間帯等について記入して下さい。

実施日 (記入例:毎週水・金・土)	実施時間帯 (記入例:15:00~16:00)

承 諾 書

私は、貴市からの令和7年度出雲市おたふくかぜワクチン任意予防接種の実施に関する協力要請に応じ、本事業にかかる実施要領に沿って、貴市の実施する予防接種に協力することを承諾いたします。

令和 7年 3月 17日

住 所

医療機関名

代 表 者 名

出雲市長 飯 塚 俊 之 様

記入例

承 諾 書

私は、貴市からの令和7年度出雲市おたふくかぜワクチン任意予防接種の実施に関する協力要請に応じ、本事業にかかる実施要領に沿って、貴市の実施する予防接種に協力することを承諾いたします。

令和 7年 3月 17日

日付は修正しないでください。

①医療機関の住所・

医療機関名を

記入してください。

住 所 出雲市今市町70番地

医療機関名 出雲健康増進医院

代表者名 院長 健康 花子

②請求書等に記載する代表者名を記載してください。押印は不要です。

※予防接種を行う医師の氏名の記載は不要です。代表者名のみ記載してください。

出雲市長 飯塚俊之様

予防接種を行う医師の氏名（おたふく）

医療機関名： _____

[illegible]

記入例

予防接種を行う医師の氏名（おたふく）

医療機関名： 出雲健康増進医院

医師の氏名	医師の氏名
健康 花子	
出雲 太郎	
出雲 次郎	

予防接種を行う医師の氏名を記入して下さい。署名・押印は不要のため、事務の方がまとめて記入いただいて構いません。

出雲市長 様

長期療養を必要とする疾病にかかった者等の
定期接種に関する特例措置対象者該当理由書

予防接種法施行令第3条第2項の規定に基づき、長期にわたり療養を必要とする疾病等の特別な事情により定期接種を受けることができなかった者について、特別な事情がなくなったため、定期接種を実施できると判断しますので、理由書を提出します。

ふりがな		性 別	
被接種者氏名		生年月日	年 月 日
住 所	出雲市		
電話番号			
疾病名等、 特別な事情の内容	疾病分類 別表参照		
	疾病名 別表参照		
	該当理由 (下記のあてはまる項目にチェックをお願いします。) ☐ ①先天性免疫不全症その他の機能に異常を生じさせる疾病 ☐ ②白血病その他の免疫の機能の抑制を生じさせる治療が必要な疾病 ☐ ③①および②と同等に予防接種を受けることが適当でないと認められる疾病		
	やむを得ず定期接種が受けられなかったと判断した理由		
上記の特別な事情が生じた日	年 月 日		
定期予防接種が可能となった日	年 月 日		
今後必要と思われる予防接種の種類及び回数			
特記事項 (接種にあたり注意すること等)			
医療機関所在地 医療機関名・担当医師名	印		

出雲市長 様

この理由書は、定期予防接種の特例措置対象者に該当するかどうかを判断することを目的としています。
このことを理解した上、本理由書が出雲市及び厚生労働省に報告されることに同意します。

被接種者または保護者自署

出 雲 市 長 様

長期療養者の定期接種申請書

被 接 種 者	ふりがな		性 別	
	氏 名		生年月日	年 月 日
	住 所	出雲市		
	長期にわたり療養を必要とする疾病の状況	疾患名【 】		
		下記のあてはまる項目にチェックをお願いします。		
		☐ ①先天性免疫不全症その他の機能に異常を生じさせる疾病 ☐ ②白血病その他の免疫の機能の抑制を生じさせる治療が必要な疾病 ☐ ③①および②と同等に予防接種を受けることが適当でないと認められる疾病		
		医療機関名 (主治医名)		
接種が可能となった時期 年 月 日				
希望する予防接種				
連絡先				
接種予定医療機関				

(別紙様式1)

報告先: (独)医薬品医療機器総合機構
新型コロナウイルス専用FAX番号: 0120-011-126
 その他ワクチン用FAX番号: 0120-176-146

予防接種後副反応疑い報告書

[illegible]

(別紙様式1)

	対象疾病	症 状		発生までの 時 間	左記の「その他の反応」を選択した場合の症状
報告基準 (該当するものの番号に「○」を記入)	ジフテリア 百日せき 急性灰白髄炎 破傷風	1	アナフィラキシー	4時間	左記の「その他の反応」を選択した場合
		2	脳炎・脳症	28日	
		3	けいれん	7日	
		4	血小板減少性紫斑病	28日	
		5	その他の反応	—	
	麻しん 風しん	1	アナフィラキシー	4時間	a 無呼吸
		2	急性散在性脳脊髄炎 (ADEM)	28日	b 気管支けいれん
		3	脳炎・脳症	28日	c 急性散在性脳脊髄炎 (ADEM)
		4	けいれん	21日	d 多発性硬化症
		5	血小板減少性紫斑病	28日	e 脳炎・脳症
		6	その他の反応	—	f 脊髄炎
	日本脳炎	1	アナフィラキシー	4時間	g けいれん
		2	急性散在性脳脊髄炎 (ADEM)	28日	h ギラン・バレ症候群
		3	脳炎・脳症	28日	i 視神経炎
		4	けいれん	7日	j 顔面神経麻痺
		5	血小板減少性紫斑病	28日	k 末梢神経障害
		6	その他の反応	—	l 知覚異常
	結核 (BCG)	1	アナフィラキシー	4時間	m 血小板減少性紫斑病
		2	全身播種性BCG感染症	1年	n 血管炎
		3	BCG骨炎 (骨髄炎、骨膜炎)	2年	o 肝機能障害
		4	皮膚結核様病変	3か月	p ネフローゼ症候群
		5	化膿性リンパ節炎	4か月	q 喘息発作
		6	髄膜炎 (BCGによるものに限る。)	—	r 間質性肺炎
		7	その他の反応	—	s 皮膚粘膜眼症候群
	Hib感染症 小児の肺炎球菌感染症	1	アナフィラキシー	4時間	t ぶどう膜炎
		2	けいれん	7日	u 関節炎
		3	血小板減少性紫斑病	28日	v 蜂巣炎
		4	その他の反応	—	w 血管迷走神経反射
	ヒトパピローマウイルス 感染症	1	アナフィラキシー	4時間	x a～w以外の場合は前頁の「症状名」に記載
		2	急性散在性脳脊髄炎 (ADEM)	28日	
		3	ギラン・バレ症候群	28日	
		4	血小板減少性紫斑病	28日	
		5	血管迷走神経反射 (失神を伴うもの)	30分	
		6	疼痛又は運動障害を中心とする多様な症状	—	
		7	その他の反応	—	
	水痘	1	アナフィラキシー	4時間	
		2	血小板減少性紫斑病	28日	
		3	無菌性髄膜炎 (带状疱疹を伴うもの)	—	
		4	その他の反応	—	
	B型肝炎	1	アナフィラキシー	4時間	
		2	急性散在性脳脊髄炎 (ADEM)	28日	
		3	多発性硬化症	28日	
		4	脊髄炎	28日	
		5	ギラン・バレ症候群	28日	
		6	視神経炎	28日	
		7	末梢神経障害	28日	
		8	その他の反応	—	
	ロタウイルス感染症	1	アナフィラキシー	4時間	
		2	腸重積症	21日	
		3	その他の反応	—	
	インフルエンザ	1	アナフィラキシー	4時間	
		2	急性散在性脳脊髄炎 (ADEM)	28日	
		3	脳炎・脳症	28日	
		4	けいれん	7日	
		5	脊髄炎	28日	
		6	ギラン・バレ症候群	28日	
		7	視神経炎	28日	
		8	血小板減少性紫斑病	28日	
		9	血管炎	28日	
		10	肝機能障害	28日	
		11	ネフローゼ症候群	28日	
		12	喘息発作	24時間	
		13	間質性肺炎	28日	
		14	皮膚粘膜眼症候群	28日	
		15	急性汎発性発疹性膿疱症	28日	
		16	その他の反応	—	
	高齢者の肺炎球菌感染症	1	アナフィラキシー	4時間	
		2	ギラン・バレ症候群	28日	
		3	血小板減少性紫斑病	28日	
		4	注射部位壊死又は注射部位潰瘍	28日	
		5	蜂巣炎 (これに類する症状であって、上腕から前腕に及ぶものを含む。)	7日	
		6	その他の反応	—	
	新型コロナウイルス感染症	1	アナフィラキシー	4時間	
		2	血栓症 (血栓塞栓症を含む。) (血小板減少症を伴うものに限る。)	28日	
		3	心筋炎	28日	
		4	心膜炎	28日	
		5	その他の反応	—	

※【質問締切】令和7年3月18日(火)

【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7年(2025) 3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: 様	
FAX 番号:	
電話番号:	
送信枚数	枚(送信票を含む)
内 容	