

高齢者インフルエンザ予防接種及び 新型コロナウイルス感染症予防接種について



接種の概要について

➤ 接種期間（休診日は除く）

インフルエンザ	令和8年10月1日(木)から <u>令和8年12月31日(木)</u> まで
新型コロナウイルス	令和8年10月1日(木)から <u>令和9年3月31日(水)</u> まで

※ 接種期間が異なりますので御注意ください。

➤ 対象者（インフルエンザと新型コロナウイルスの対象者は同じ）

(1) 65歳以上の者（**接種日時点**）

(2) 60歳以上65歳未満の者であって、心臓、腎臓、膀胱腎臓、小腸、肝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

⇒ 市から配布する予診票に『**身障**』と明記

市で身体障害者手帳等により把握できる対象者の方については、事前に予診票を送付しています。

それ以外の方で医師の判断として(2)に該当すると思われる場合は、市こども保健課へ御連絡ください。

委託料等について

▶ 1件当たり委託料

【インフルエンザ】

区分	委託料	自己負担金
接種者	2,600円	1,400円
生活保護者	4,000円	—
予診のみの者	1,500円	—

【新型コロナ】

区分	委託料	自己負担金
接種者	10,700円	4,500円
生活保護者	15,200円	—
予診のみの者	1,500円	—

※ 生活保護者は、生活保護証明を持参した者に限ります。

※ 生活保護証明については、阿久根市福祉課保護係（73-1242）へお問い合わせください。

※ 接種料は、ワクチン代、注射器代及び診断料を含む額とします。

▶ 接種費用の請求

それぞれの予防接種の予診票と実施報告書兼請求書を、**事業実施の翌月30日まで（必着）**に市こども保健課へ御提出ください。

※ 1 予診票には、協力医療機関名及びロット番号の記入、押印をお願いします。

※ 2 委託料振込先が、前年度又は前月提出分から変更がない場合、記入は不要です。

請求書提出月の翌月に、委託料を支払います。

実施報告書兼請求書について

高齢者インフルエンザ予防接種実施報告書（10月分）

令和8年度のインフルエンザ予防接種の結果を、次のとおり報告します。

区分	A+B 接種者+生活保護者接種者（28人）	
	C 予診のみで接種をしなかった人（人）	
委託料	A 接種者	26人 × 2,600円 = 67,600円
	B 生活保護者接種者	2人 × 4,000円 = 8,000円
	C 予診のみ	人 × 1,500円 = 円
	合計	75,600円
	（消費税率10% 消費税 円）	

（注）インフルエンザ予防接種予診票を添付し

令和8年11月20日

消費税額はこちらで記載しますので空欄をお願いします。

医療機関名 阿久根市役所病院

（宛先）阿久根市長 西平良将

請求書

金 75,600 円也

ただし、令和8年度（10月分）インフルエンザ予防接種委託料として

令和8年11月20日

請求者住所 阿久根市鶴見町200番地

医療機関名 阿久根市役所病院

代表者名 院長 阿久根 一郎

登録番号 T000000000



（宛先）阿久根市長 西平良将

振込先	農協・信用組合 銀行・信用金庫	支店
預金別	当座・普通	番号
フリガナ		
口座名義		

☑ 振込先については、前年度又は前月から変更はありません。（上記振込先の記入は不要です。）

新型コロナウイルス感染症予防接種実施報告書（10月分）

令和8年度の新型コロナウイルス感染症予防接種の結果を、次のとおり報告します。

区分	A 接種者（12人）	
	B 生活保護者接種者（2人）	
委託料	A 接種者	12人 × 10,700円 = 128,400円
	B 生活保護者接種者	2人 × 15,200円 = 30,400円
	C 予診のみ	人 × 1,500円 = 円
	合計	158,800円
（消費税率10% 消費税 円）		

（注）新型コロナウイルス感染症予防接種予診票を添付し

令和8年11月20日

消費税額はこちらで記載しますので空欄をお願いします。

医療機関名 阿久根市役所病院

（宛先）阿久根市長 西平良将

請求書

金 158,800 円也

ただし、令和8年度（10月分）新型コロナウイルス感染症予防接種委託料として

令和8年11月20日

請求者住所 阿久根市鶴見町200番地

医療機関名 阿久根市役所病院

代表者名 院長 阿久根 一郎

登録番号 T000000000



（宛先）阿久根市長 西平良将

振込先	農協・信用組合 銀行・信用金庫	支店
預金別	当座・普通	番号
フリガナ		
口座名義		

☑ 振込先については、前年度又は前月から変更はありません。（上記振込先の記入は不要です。）

接種方法等について

➤ 接種方法

【インフルエンザ】インフルエンザワクチン0.5mlを、1回皮下に注射

【新型コロナ】新型コロナワクチンを1回、上腕の三角筋部へ筋肉内注射

予診票：水色

※ 案内文に同封している説明書を接種対象者に読んでいただいてから接種してくださるようお願いします。

予診票：薄オレンジ色

➤ ワクチンについて

各医療機関で準備し、10℃以下で保管してください。

また、一度開封したワクチンは24時間以内に使用してください。

➤ 接種後の注意

予防接種後の入浴は構いませんが、大量の飲酒、激しい運動は避けるよう御指導ください。

➤ 予防接種済証

接種後、接種済証に予防接種の接種年月日及び医療機関を記入後、接種者にお渡しください。

健康手帳をお持ちの方へは、接種済証を健康手帳に貼付するよう御指導ください。

その他

➤ 予診票等の配布時期

阿久根市に住所を有するインフルエンザ予防接種・新型コロナウイルス感染症予防接種の対象者へ **9月下旬**に配布

令和9年1月1日～3月31日に65歳となるかた

新型コロナウイルス感染症のみが接種対象（インフルエンザは対象外）

誕生日の前月末に新型コロナウイルス感染症の予診票等を接種対象者へ送付
（高齢者肺炎球菌予診票と同封予定）

➤ 予診票の用紙について

インフルエンザの予診票は**水色**

新型コロナウイルスの予診票は**薄オレンジ色**の用紙です。

接種過誤を防止するために、市から配布した予診票以外は使用しないようお願いいたします。



「令和8年度」及び「対象者氏名」が印字してあるもの

紛失等の場合は、必ず市こども保健課保健予防係まで御連絡ください。

予診票(参考)

令和8年度 阿久根市インフルエンザ予防接種予診票
※65歳の誕生日から有効

令和8年度以外の予診票は使用できません。

診察前の体温 度 分

住所	鶴見町200番地			昭和36年10月～12月の間に生まれた方は次の文言を記載しています。	男
氏名	阿久根 太郎				
生年月日	昭和〇〇年〇月〇日生（満歳）				

予診票はボールペン書きです（鉛筆不可）

質問事項

質問事項	可否	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、何に具合が悪いところがありますか。	はい	いいえ	
具合が悪い病状を教えてください。（ ）	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	
インフルエンザ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がありますか。	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（けいせん）をおこしたことがありますか。	はい	いいえ	
1ヶ月以内に予防接種を受けましたか。	はい	いいえ	
予防接種名（ ）	はい	いいえ	
心臓病、腎臓病、肝臓病、血液疾患などの慢性的疾患にかかっていることがありますか。	はい	いいえ	
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いわれましたか。	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	はい	いいえ	
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	

以上の問診及び診察の結果、今日の予防接種（ ）可 〇 見合わせる

医師記入欄 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、説明をした。

医師署名又は記名押印

シールの貼り忘れにご注意ください。

使用済 ワクチン名 Lot No. （注）有効期限が経過していないが確認	接種量 mL	実施場所・医師名・接種年月日 実施場所 医師名 接種年月日 令和 年 月 日
---	-----------	---

接種量は0.5mLです。

インフルエンザ予防接種希望者（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が、（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ついて同意します。

令和 年 月 日 被接種者署名

（*口書でない）

署名してあるか確認してください。代筆の場合は代筆者氏名、続柄も記入してください。
 例）阿久根 太郎（代筆 阿久根花子：妻）

令和8年度 阿久根市新型コロナウイルス感染症予防接種予診票
※65歳の誕生日から有効

令和8年度以外の予診票は使用できません。

診療前の体温 度 分

昭和36年10月～12月の間に生まれた方は次の文言を記載しています。

住所	氏名	性別	生年月日
鹿児島県 阿久根市 200番地	阿久根 太郎	男	昭和○○年△月××日生 (満歳)

予診票はボールペン書きです(鉛筆不可) 満65歳以上でないと接種できません。

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 いえ	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。 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。 現在、何か病気にかかっていますか。 病名 () 治療(投薬など)を受けていますか。 その病気の主治医には、今日の予防接種を受けてよいと言われましたか。 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。() 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。 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がありますか。 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がありますか。 ひきつけ(けいれん)をおこしたことがありますか。 1ヶ月以内に予防接種を受けましたか。 予防接種名 () 心臓病、腎臓病、肝臓病、血液疾患などの慢性疾患にかかっていますか。 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。 最近1ヶ月以内に熱が出たり、痼疾にかかったことがありますか。 病名 () 今日の予防接種について質問がありますか。
該当する方に○をつけてください。また、必ずサインをお願いします。	はい 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・中止) 。

本人に対して、予防接種の効果、副反応及び予防接種に健康被害救済制度について、説明をした。

医師署名又は記名押印

使用済

ワクチン名
(Lot No.)

(注) 有効期限が切れているかどうか確認

接種量

ml

実施場所・医師名・接種年月日

実施場所
医師名
接種年月日

接種量は0.5mlです。

記入漏れにご注意ください。

新型コロナウイルス感染症予防接種予診票 (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ついて同意します。

令和 年 月 日 接種希望者署名

(※自署できない)

署名してあるか確認してください。代筆の場合は代筆者氏名、続柄も記入してください。

例) 阿久根 太郎 (代筆 阿久根花子(妻))