

令和7年度 高齢者インフルエンザ定期予防接種実施要領 (案)

1 目的

予防接種法に基づくワクチン接種により、インフルエンザウイルスに対する免疫を獲得させ、個人の感染予防、発症予防、重症化予防及びまん延を防止することを目的とする。

2 対象者

- (1) 松江市に住民登録があり、接種日に満 65 歳以上の人。
- (2) 松江市に住民登録があり、接種日に満 60 歳以上満 65 歳未満であって、心臓、じん臓又は呼吸器の機能に自己の身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人及び、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人（厚生労働省令で定めるもの）。

3 接種期間

令和7年 10 月 1 日(水)～令和8年 1 月 31 日(土)

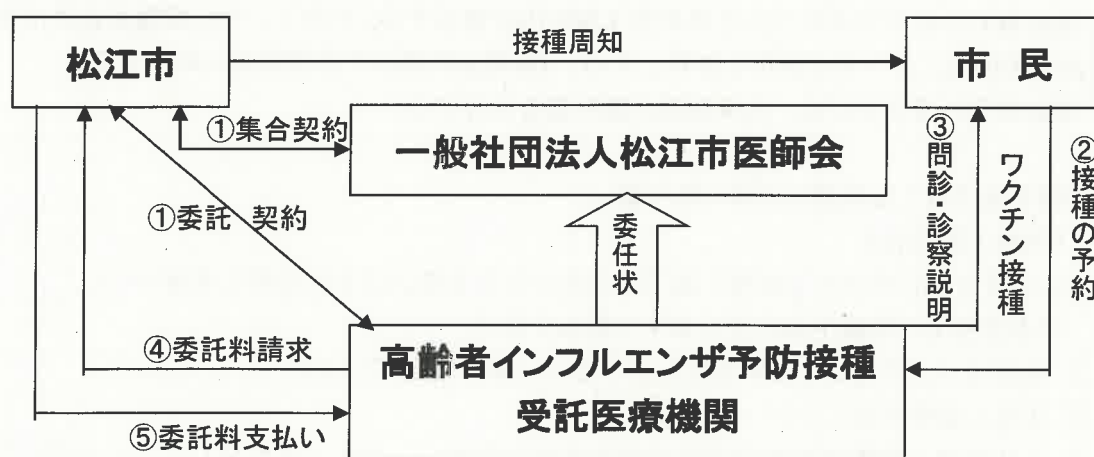
4 接種回数及び接種量

インフルエンザ HA ワクチンを 1 回皮下に注射するものとし、接種量は、0.5 ミリリットルとする。

5 周知方法

ポスター、ホームページ、市報等

6 インフルエンザ予防接種実施フロー図



7 実施方法

(1) 実施準備

- ア 受託調査の結果、市は一般社団法人松江市医師会（以下「医師会」と表記）と集合契約締結する。医師会会員ではない医療機関については、該当する医療機関と委託契約を締結する。受託医療機関（以下「医療機関」と表記）は医師の承諾書を市に提出する。
- イ 市は医療機関に実施要領、B 類疾病予防接種ガイドライン、予診票、接種済証、説明書、ポスター（1 部）、契約書、委託料請求書、医師承諾書、副反応疑い報告書等を配布する。
- ウ 市は予防接種の種類、対象者の範囲、期間及び場所、予防接種を受けるに当たって注意す

べき事項等を公告する。

(2) 予防接種実施

- ア 接種前にマイナンバーカード等により被接種者が本人であること、松江市に住民登録があること、対象年齢であることの確認を行う。
- イ 寝たきり等の理由から、医療機関において接種を受けることが困難な場合においては、実施の際の事故防止、副反应对策等の十分な準備がなされた場合に限り、医療機関外で実施して差し支えない。これらの場合、応急治療措置、救急搬送措置等安全対策を整えておく。
- ウ 高齢者施設等の長（施設長）の管理する高齢者施設等については、当該施設に入所している者のみを対象として行うこと。
- エ 被接種者には、必ず予診票裏面の説明書をよく読んだうえで、予診票の質問事項等を記入するよう説明する。
- オ 医師は、ワクチン接種後 24 時間以内の健康状態の変化、特に 30 分以内の急激な健康状態の変化に注意を要すること等副反応やアナフィラキシーについて被接種者に十分に説明をする。
- カ 医師は、インフルエンザ定期予防接種後に副反応や体調不良がみられる場合は、まず接種医療機関を受診し相談するよう説明する。
- キ 医師は、被接種者に問診・視診・聴診を行ったうえ、予防接種の説明、被接種者の接種希望の意思を確認する。
- ク 医師の診察・説明を受けた上で、同意する場合に予診票に被接種者が氏名を自署する。（被接種者で意思確認は出来るが、自署できない人は代筆者が被接種者氏名、代筆者氏名、続柄を記入するかまたは被接種者が意思表示として「－」や「✓」等の記載ができれば、自署の代わりとして取り扱う。）
- ケ インフルエンザの定期接種については B 類疾病予防接種ガイドラインに従って行う。
- コ 接種後、被接種者本人に接種済証を交付する。
- サ 被接種者から市が定める自己負担金 1,500 円を徴収する。ただし、生活保護受給者は保護証明書提出により自己負担を無料とする。（保護証明書は予診票裏面に貼付する。）
- シ 領収書発行希望者には、医療機関の領収書を交付する。

(3) 接種不適当者と接種要注意者の取り扱い

ア 『接種不適当者』

次のいずれかに該当する接種不適当者と認められる場合は予防接種を実施しない。

（予診票右上に接種不適当者と赤字で記入する。）

- ① 接種当日、明らかな発熱を呈している人（通常 37.5℃以上）。
- ② 重篤な急性疾患にかかっている人。
- ③ 予防接種の接種液の成分によってアナフィラキシーショックを呈したことが明らかな人。
- ④ インフルエンザの予防接種で、接種後 2 日以内に発熱のみられた人及び全身性発疹等のアレルギーを疑う症状を呈したことがある人。
- ⑤ その他、予防接種を行うことが不適当な状態にある人。

イ 『接種要注意者』

以下に該当する接種要注意者には、健康状態及び体質を勘案し慎重に予防接種の適否を判断するとともに、説明に基づく同意を確実に得る。

- ① 心臓血管系疾患、腎臓疾患、肝臓疾患、血液疾患、発育障害等の基礎疾患を有する人。
- ② 過去にけいれんの既往のある人。

- ③ 過去に免疫不全の診断がされている人及び近親者に先天性免疫不全症の人がいる人。
- ④ 間質性肺炎、気管支喘息等の呼吸器疾患を有する人。
- ⑤ 接種しようとする接種液の成分に対してアレルギーを呈するおそれのある人。

(4) その他

予防接種後、アナフィラキシーショックやけいれん等の重篤な副反応がみられたとき、応急処置ができない可能性があるため、定期予防接種における医師の自己接種は認めない。

ただし、医療機関に複数医師がいる場合は、他の医師が接種することは差支えない。

8 委託料 (消費税込)

接種者 : 5,148 円

接種不適当者 : 3,201 円

9 自己負担金

被接種者 : 1,500 円

ただし、生活保護受給者は保護証明書の提出により自己負担金を無料とする。

10 委託料の請求方法

- (1) 予診票(水色)を月毎に集計し、請求書とともに、翌月 10 日必着(土・日・祝の場合はその前日)で松江市に提出する。
- (2) 請求書への押印は不要とし、請求書の日付は、翌月 2 日から 10 日までの日付(土・日・祝以外)を記入する。
- (3) 接種者について 3,648 円(委託料から自己負担金を差し引いた金額)を、接種不適当者については 3,201 円を、市は請求書受理後、その日から起算して 30 日以内に医療機関指定口座に振り込む。

11 副反応疑い報告制度・健康被害救済制度

- (1) 接種医療機関において、インフルエンザ定期予防接種後に副反応や体調不良がみられる場合は、まず、接種医療機関を受診し相談するよう、被接種者に接種前に説明する。
- (2) 接種医療機関において、インフルエンザによる副反応で厚生労働省令に定める症状であると診察した場合は、「予防接種後副反応疑い報告書」を作成し、これを用いて速やかに電子報告システムまたはFAXで下記へ報告すること。
(独)医薬品医療機器総合機構
〒100-0013 東京都千代田区霞が関 3-3-2 新霞が関ビル FAX : 0120-176-146
- (3) 接種医療機関において、インフルエンザ定期予防接種による健康被害が当該予防接種と因果関係があると判断した場合は、申請に必要となる手続き等については、松江市に相談するよう被接種者に説明する。
申請後、インフルエンザ定期予防接種による健康被害が当該予防接種と因果関係があると厚生労働大臣が認定した場合、予防接種健康被害救済制度により松江市が救済措置を行う。

1 2 過誤発生時の措置

接種にあたって不適切な事由があった場合、速やかに松江市に報告し、「予防接種過誤報告書」を提出する。

※なお、夜間・土・日・祝日に急を要する事例が発生した場合は、松江市役所（代表 TEL : 0852-55-5555）に連絡する。折り返し担当課より連絡する。

1 3 予防接種のお問い合わせについて

〒690-0045 松江市乃白町 32-2 松江市保健福祉総合センター内
松江市健康福祉部 健康推進課 予防接種室
TEL : (0852)60-8173 FAX : (0852)60-8160

高齢者インフルエンザ定期予防接種予診票

松江市

※太枠内を黒ボールペンで記入してください。（鉛筆不可）

住所	(住民票の住所をご記入ください。松江市に住み票がある方が接種できます。) 松江市			自己負担
ふりがな		電話番号		☐ 1,500円
氏名				☐ 無・生保証明書
生年月日	明・大・昭	年	月	日
	接種当日年齢	満	歳	
				診察前の体温
				度 分

今年度10月1日以降にインフルエンザの予防接種を受けましたか < はい 接種日 西暦 年 月 日 / いいえ >

はいの方は今回**定期接種対象外**です。
※高齢者インフルエンザ定期予防接種は期間中1回のみ接種できます

質問事項		回答欄		医師記入欄
1	今日のインフルエンザ予防接種について、裏面の説明文を読みましたか	はい	いいえ	
2	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	
3	今日体に具合の悪いところがありますか 症状 ()	はい	いいえ	
4	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 病名 ()	はい	いいえ	
5	現在、何か病気にかかっていますか → 高血圧、心臓病、脳血管疾患、呼吸器疾患、糖尿病、肝臓病、腎臓病、脂質異常症、胃腸病、その他 ()	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	聞かず	
6	次の病気にかかったことがありますか 心臓病、腎臓病、肝臓病、血液疾患、免疫不全、呼吸器系疾患（喘息等）、その他 ()	はい	いいえ	
7	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	
8	1か月以内にインフルエンザ予防接種以外の予防接種を受けましたか → 新型コロナ、肺炎球菌、带状疱疹、その他 () 接種日 月 日	はい	いいえ	
9	薬や食品で皮膚に発疹やじんましんが出たり、具合が悪くなったことがありますか	はい	いいえ	
10	インフルエンザ予防接種を受けた際に具合が悪くなったことはありますか	はい	いいえ	
	インフルエンザ以外の予防接種で具合が悪くなったことはありますか	はい	いいえ	
11	今日の予防接種について何か質問がありますか 質問内容 ()	はい	いいえ	

医師記入欄	現病歴（有・無）	身体所見	予防接種前診察で予防接種に支障のある異常（有・無）	問診及び診察の結果、今日の予防接種は（可能・見合わせる）と判断しました。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ました。 医師署名（自署）
	ハイリスク疾患（有・無） （心臓疾患、呼吸器疾患、腎臓疾患、免疫不全）			

使用ワクチン	インフルエンザHAワクチン	接種部位・量	左・右 上腕 皮下接種 0.5ml	接種日時	実施場所：医療機関・自宅・施設・その他 ※施設及びその他の場合は、その名称 () 実施医療機関名： 実施医師名： 接種年月日 西暦 年 月 日
	メーカー名・Lot No（ラベル貼付可） (注)有効期限が切れていないか要確認				

* 高齢者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副反応及び**予防接種健康被害救済制度など**
について理解した上で、接種を希望しますか。 → （希望します・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、本予診票が松江市に提出されることに同意します。

西暦 年 月 日 接種を受ける方の氏名
(自署できない場合は代筆者が代筆)

自署

本人が自署できない場合の代筆者氏名

自署（続柄）

令和7年度 高齢者インフルエンザ定期予防接種予診票 松江市

※太枠内を黒ボールペンで記入してください。(鉛筆不可)

【60～64歳】

住所	(住民票の住所をご記入ください。松江市に住民票がある方が接種できます。) 松江市			自己負担 ☐ 1,500円 ☐ 無・生保証明書
ふりがな		電話番号		診察前の体温 度 分
氏名				
生年月日	明・大・昭 年 月 日	接種当日年齢	満 歳	

今年度10月1日以降にインフルエンザの予防接種を受けましたか < はい 接種日 西暦 年 月 日 / いいえ >

はいの方は今回**定期接種対象外**です。
※高齢者インフルエンザ定期予防接種は期間中1回のみ接種できます

質問事項		回答欄		医師記入欄
1	今日のインフルエンザ予防接種について、裏面の説明文を読みましたか	はい	いいえ	
2	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	
3	今日体に具合の悪いところがありますか 症状 ()	はい	いいえ	
4	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 病名 ()	はい	いいえ	
5	現在、何か病気にかかっていますか → 高血圧、心臓病、脳血管疾患、呼吸器疾患、糖尿病、肝臓病、腎臓病、脂質異常症、胃腸病、その他 ()	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	聞かず	
6	次の病気にかかったことがありますか 心臓病、腎臓病、肝臓病、血液疾患、免疫不全、呼吸器系疾患(喘息等)、その他 ()	はい	いいえ	
7	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	
8	1か月以内にインフルエンザ予防接種以外の予防接種を受けましたか → 新型コロナ、肺炎球菌、带状疱疹、その他 () 接種日 月 日	はい	いいえ	
9	薬や食品で皮膚に発疹やじんましんが出たり、具合が悪くなったことがありますか	はい	いいえ	
10	インフルエンザ予防接種を受けた際に具合が悪くなったことはありますか	はい	いいえ	
	インフルエンザ以外の予防接種で具合が悪くなったことはありますか	はい	いいえ	
11	今日の予防接種について何か質問がありますか 質問内容 ()	はい	いいえ	

医師記入欄	現病歴 (有・無) ハイリスク疾患 (有・無) (心臓疾患、呼吸器疾患、腎臓疾患、免疫不全)	身体所見 予防接種前診察で予防接種に支障のある 異常 (有・無)	問診及び診察の結果、今日の予防接種は (可能・見合わせる) と判断しました。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ました。 医師署名(自署)
-------	--	--	---

使用ワクチン	インフルエンザHAワクチン	接種部位・量 左・右 上腕 皮下接種 0.5ml	接種日時 接種日 時 分	実施場所: 医療機関・自宅・施設・その他 ※施設及びその他の場合は、その名称 ()
	メーカー名・Lot No (ラベル貼付可)			実施医療機関名: 実施医師名: 接種年月日 西暦 年 月 日

(注) 有効期限が切れていないか要確認

* 高齢者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副反応及び**予防接種健康被害救済制度など**について理解した上で、接種を希望しますか。 → (希望します・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、本予診票が松江市に提出されることに同意します。

西暦 年 月 日 接種を受ける方の氏名 (自署できない場合は代筆者が代筆)

自署

本人が自署できない場合の代筆者氏名

自署(続柄)

インフルエンザ定期予防接種を受けるみなさんへ

松江市

※インフルエンザの定期予防接種は、予防接種を受けることは義務ではなく、本人が接種を希望した場合に接種できます。

～インフルエンザとは～

インフルエンザにかかると、のどの痛みや咳、痰、高熱や頭痛、全身の倦怠感、関節痛など、全身にさまざまな症状が現れます。また、肺炎や気管支炎などの合併症を起こすこともあります。予防接種を受けることで、インフルエンザにかかりにくくなったり、かかっても高熱などの症状を軽くすることができます。

～予防接種を受けることができない人～

1. 明らかに発熱している人（通常37.5℃以上）
2. 重篤な急性の病気にかかっている人
3. 今までに予防接種を受けて、アナフィラキシーショック（接種後短時間で現れる強いアレルギー反応のこと）を起こしたことが明らかな人
4. 今までにインフルエンザの予防接種を受けて、2日以内に発熱があった人、全身性発疹などのアレルギーを疑う症状があった人
5. その他、医師が予防接種を受けることができないと判断した人

～予防接種を受けるときに、医師とよく相談しなければならない人～

1. 心臓血管系・じん臓・肝臓・血液疾患、発育障がい等の基礎疾患を有する人
2. 過去にけいれんの既往のある人
3. 過去に免疫不全の診断がされている人、及び近親者に先天性免疫不全症の人がいる人
4. 間質性肺炎、気管支ぜんそく等の基礎疾患を有する人
5. インフルエンザワクチンの成分に対してアレルギーを呈するおそれのある人

～予防接種の副反応～

比較的多く見られる副反応は、接種部位の発赤や腫れ、痛みなど、また軽い発熱や悪寒、頭痛、倦怠感などあらわれることがあります。通常2～3日中に治ります。

一方で非常にまれに、接種後30分以内にショック、じんましんや呼吸困難（アナフィラキシー）などがあらわれることがあります。まれに接種後4時間以内に起こることもあります。

予防接種を受けたあと、接種局所のひどい腫れ、高熱、ショックなどの症状があれば、医師の診察を受けてください。

～予防接種による健康被害救済制度～

予防接種による副反応で、予防接種後副反応報告基準に該当する場合は医師から厚生労働省へ報告されます。医療機関での治療が必要になったり、生活に支障がでるような障害を残すなどの健康被害が生じた場合には、医療費や医療手当などの給付を受けることができます。※ただしその健康被害がインフルエンザ予防接種と因果関係があることを、厚生労働大臣が認定した場合に限ります。

松江市 B 類疾病予防接種を受けた後の注意点

(インフルエンザワクチン、新型コロナワクチン、肺炎球菌ワクチン、带状疱疹ワクチン)

接種後の注意

- (1) 予防接種を受けた後、急な副反応が起こることがあります。接種後 30 分間は接種した医療機関で安静にしましょう。また、帰宅後に異常が認められた場合には、速やかに医療機関に連絡し必要時受診しましょう。
- (2) B 類疾病予防接種の副反応においては、多くは 24 時間以内に出現しますので、特にこの間は体調には注意しましょう。
- (3) 入浴は差し支えありませんが、注射した部位を強くこすることはやめましょう。
- (4) 接種当日はいつも通りの生活をしてかまいませんが、激しい運動や大量の飲酒は避けましょう。

副反応について

比較的多く見られる副反応は、接種部分の発赤や腫れ、痛みなど、また軽い発熱や悪寒、頭痛、倦怠感などあらわれることがあります。通常は 2～3 日中に治ります。予防接種後に、接種局所のひどい腫れ、高熱、ショックなどの症状があれば、医師の診察を受けてください。

出典：厚生労働省ホームページ抜粋、一部改変

松江市 B 類疾病予防接種を受けた後の注意点

(インフルエンザワクチン、新型コロナワクチン、肺炎球菌ワクチン、带状疱疹ワクチン)

接種後の注意

- (1) 予防接種を受けた後、急な副反応が起こることがあります。接種後 30 分間は接種した医療機関で安静にしましょう。また、帰宅後に異常が認められた場合には、速やかに医療機関に連絡し必要時受診しましょう。
- (2) B 類疾病予防接種の副反応においては、多くは 24 時間以内に出現しますので、特にこの間は体調には注意しましょう。
- (3) 入浴は差し支えありませんが、注射した部位を強くこすることはやめましょう。
- (4) 接種当日はいつも通りの生活をしてかまいませんが、激しい運動や大量の飲酒は避けましょう。

副反応について

比較的多く見られる副反応は、接種部分の発赤や腫れ、痛みなど、また軽い発熱や悪寒、頭痛、倦怠感などあらわれることがあります。通常は 2～3 日中に治ります。予防接種後に、接種局所のひどい腫れ、高熱、ショックなどの症状があれば、医師の診察を受けてください。

出典：厚生労働省ホームページ抜粋、一部改変

《予防接種による健康被害救済制度とは》

予防接種の副反応による健康被害は、極めて稀ですが、不可避免的に生ずるものですので、接種に係る過失の有無にかかわらず、予防接種と健康被害との因果関係が認定された方を迅速に救済するものです。

予防接種法に基づく予防接種を受けた方に健康被害が生じた場合、その健康被害が接種を受けたことによるものであると厚生労働大臣が認定したときは、市町村により給付が行われます。申請に必要な手続き等については、松江市健康推進課にご相談ください。（厚生労働大臣の認定にあたっては、第三者により構成される疾病・障害認定審査会により、因果関係に係る審査が行われます。）

出典：厚生労働省ホームページ



松江市健康推進課予防接種室

電話（０８５２）６０－８１７３

《予防接種による健康被害救済制度とは》

予防接種の副反応による健康被害は、極めて稀ですが、不可避免的に生ずるものですので、接種に係る過失の有無にかかわらず、予防接種と健康被害との因果関係が認定された方を迅速に救済するものです。

予防接種法に基づく予防接種を受けた方に健康被害が生じた場合、その健康被害が接種を受けたことによるものであると厚生労働大臣が認定したときは、市町村により給付が行われます。申請に必要な手続き等については、松江市健康推進課にご相談ください。（厚生労働大臣の認定にあたっては、第三者により構成される疾病・障害認定審査会により、因果関係に係る審査が行われます。）

出典：厚生労働省ホームページ



松江市健康推進課予防接種室

電話（０８５２）６０－８１７３

高齢者インフルエンザ予防接種済証

※太枠の中をご記入ください

住所	松江市			
氏名				
生年月日	明・大・昭	年	月	日

予防接種実施日及び発行日 年 月 日

松江市長

公印

ワクチンロット番号
(シール貼)

実施医療機関

※この済証は健康手帳に貼るなどして保管してください

高齢者インフルエンザ予防接種済証

※太枠の中をご記入ください

住所	松江市			
氏名				
生年月日	明・大・昭	年	月	日

予防接種実施日及び発行日 年 月 日

松江市長

公印

ワクチンロット番号
(シール貼)

実施医療機関

※この済証は健康手帳に貼るなどして保管してください

高齢者インフルエンザ予防接種済証

※太枠の中をご記入ください

住所	松江市			
氏名				
生年月日	明・大・昭	年	月	日

予防接種実施日及び発行日 年 月 日

松江市長

公印

ワクチンロット番号
(シール貼)

実施医療機関

※この済証は健康手帳に貼るなどして保管してください

高齢者インフルエンザ予防接種済証

※太枠の中をご記入ください

住所	松江市			
氏名				
生年月日	明・大・昭	年	月	日

予防接種実施日及び発行日 年 月 日

松江市長

公印

ワクチンロット番号
(シール貼)

実施医療機関

※この済証は健康手帳に貼るなどして保管してください

高齢者インフルエンザ予防接種済証

※太枠の中をご記入ください

住所	松江市			
氏名				
生年月日	明・大・昭	年	月	日

予防接種実施日及び発行日 年 月 日

松江市長

公印

ワクチンロット番号
(シール貼)

実施医療機関

※この済証は健康手帳に貼るなどして保管してください

高齢者インフルエンザ予防接種済証

※太枠の中をご記入ください

住所	松江市			
氏名				
生年月日	明・大・昭	年	月	日

予防接種実施日及び発行日 年 月 日

松江市長

公印

ワクチンロット番号
(シール貼)

実施医療機関

※この済証は健康手帳に貼るなどして保管してください

承 諾 書

松江市が行う予防接種について、その実施に協力することを承諾します。

記

- 1 予防接種名 : 高齢者インフルエンザ予防接種
- 2 期 間 : 令和7年10月1日～令和8年1月31日
- 3 委託業務からの暴力団排除について（✓を記入）
☐当該予防接種委託業務にあたり、暴力団員又は暴力団若しくは暴力団員と密接な関係を有するものを関与させないことを承諾します。
- 4 振込口座（該当に✓を記入）
☐別紙口座振替依頼書のとおり（口座情報のわかるものを添付）
☐令和6年度 松江市との高齢者インフルエンザ予防接種委託契約と同じ口座（口座振替依頼書の提出は不要）

令和7年10月1日

（あて先）松江市長

所 在 地 _____

法人名及び

医療機関名 _____

代表者職名 _____

代表者氏名 _____

接種医師の氏名 （表に記入してください。押印は不要です。）

フリガナ 1	フリガナ 4
フリガナ 2	フリガナ 5
フリガナ 3	フリガナ 6

令和7年度高齢者インフルエンザ予防接種請求書

(月実施分)

		単 価	人数 (件数)	金 額
接 種 者		5,148 円	人	円 (A)
接 種 不 適 当 者		3,201 円	人	円 (B)
委 託 料 合 計				円 (A+B)
自己負担金 徴収額	一般の保険	1,500 円	人	円 (C)
	生活保護世帯	円	人	
支 払 額 (振 込 額) (A) + (B) - (C)				円

ただし、支払額（振込金額）は、当市と締結した「高齢者インフルエンザ予防接種委託契約書」に基づき収納した収入金（自己負担金）の納付にかえて、委託料合計額（A+B）から自己負担金徴収合計額（C）を控除したものとする。

上記のとおり、請求します。

令和 年 月 日

（あて先）松江市長

受託医療機関

住 所

法人名及び医療機関名

代表者職名及び代表者名

