八潮健増第147号
令和7年7月23日

一般社団法人草加八潮医師会
会長　内藤　毅嗣様

八潮市長　大山　忍
（公印省略）

令和7年度予防接種接種事業への協力について(依頼)

盛夏の候、貴職におかれましては、益々ご健勝のこととお喜び申し上げます。

また、日頃より本市保健衛生行政の推進に関し、格別のご指導、ご協力をいただき厚く御礼申し上げます。

さて、令和7年度の高齢者インフルエンザ及び新型コロナウイルス感染症定期予防接種について、以下の概要のとおり実施することといたしました。

また、4種混合ワクチンの製造中止にあたり、Ｈｉｂとの接種回数の都合上、4種混合ワクチンを接種しなければならない方には、今後、4種混合ワクチンの在庫がなくなりましたら、3種混合ワクチン＋不活化ポリオワクチンで対応いただくようご案内させていただきました。そのため、3種混合ワクチン及び不活化ポリオワクチンの予防接種協力のご意向を併せて確認したいと考えております。つきましては、当該定期予防接種の円滑な実施のため、承諾書のご協力を賜りますようお願いいたします。

1．承諾書の提出期限　令和7年8月8日（金）まで（期限厳守）

2．概要

	インフルエンザ	新型コロナウイルス感染症
対象者	①65歳以上の方 ②60歳から64歳で対象となる方（※） ※心臓、腎臓又は呼吸器の機能に自己の身辺の日常生活活動が極度に制限される程度の障がいを有する方、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有する方。	
実施期間	令和7年10月1日（水）から令和8年1月31日（土）まで	
接種回数	1回	1回
自己負担額	1,500円 （生活保護受給者等は負担なし）	10，000円 （生活保護受給者等は負担なし）
委託料	（自己負担あり）　3，751円 （自己負担なし）　5，251円	（自己負担あり）　5，441円 （自己負担なし）　15，441円
その他	—	廃棄委託料　11，800円 （1V複数人分のワクチン限定で、実施期間中9Vを上限とします。市内医療機関は八潮市から、草加市内医療機関は草加市からの支払いとなります。）

【担　当】　八潮市健康福祉部健康増進課
（八潮市立保健センター）
感染症予防担当　依田・加藤
電話　048-995-3381
FAX　048-996-7810

令和７年７月２３日

草加八潮医師会
医療機関　各位

八潮市健康増進課長　布施　由美子

令和７年度予防接種接種事業への協力について(依頼)

盛夏の候、貴職におかれましては、益々ご健勝のこととお喜び申し上げます。

また、日頃より本市保健衛生行政の推進に関し、格別のご指導、ご協力をいただき厚く御礼申し上げます。

さて、令和７年度の高齢者インフルエンザ及び新型コロナウイルス感染症定期予防接種について、以下の概要のとおり実施することといたしました。

また、４種混合ワクチンの製造中止にあたり、Ｈｉｂとの接種回数の都合上、４種混合ワクチンを接種しなければならない方には、今後、４種混合ワクチンの在庫がなくなりましたら、３種混合ワクチン＋不活化ポリオワクチンで対応いただくようご案内させていただきました。そのため、３種混合ワクチン及び不活化ポリオワクチンの予防接種協力のご意向を併せて確認したいと考えております。

つきましては、当該予防接種の円滑な実施のため、引き続きご協力を賜りたく、各予防接種の協力意向について、別紙承諾書をご提出くださいますようお願いいたします。

１．承諾書の提出期限　　令和７年８月８日（金）まで（期限厳守）

２．概要

	インフルエンザ	新型コロナウイルス感染症
対象者	①６５歳以上の方 ②６０歳から６４歳で対象となる方（※） ※心臓、腎臓又は呼吸器の機能に自己の身辺の日常生活活動が極度に制限される程度の障がいを有する方、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有する方。	
実施期間	令和７年１０月１日（水）から令和８年１月３１日（土）まで	
接種回数	１回	１回
自己負担額	１，５００円 （生活保護受給者等は負担なし）	１０，０００円 （生活保護受給者等は負担なし）
委託料	（自己負担あり）　３，７５１円 （自己負担なし）　５，２５１円	（自己負担あり）　５，４４１円 （自己負担なし）　１５，４４１円
その他	―	廃棄委託料　１１，８００円 （１Ｖ複数人分のワクチン限定で、実施期間中９Ｖを上限とします。市内医療機関は八潮市から、草加市内医療機関は草加市からの支払いとなります。）

【担　当】　八潮市健康福祉部健康増進課
（八潮市立保健センター）
感染症予防担当　依田・加藤
電話　048-995-3381
FAX　048-996-7810

送付先：草加八潮医師会　宛
FAX：048-924-7180
期限：8月8日（金）まで

別紙

八潮市

承諾書

令和　　年　　月　　日

八潮市長　大山　忍　あて

医療機関所在地
医療機関名
電話/FAX番号
代表者名

私は、令和7年度に八潮市が個別方式により実施する高齢者新型コロナウイルス、高齢者インフルエンザ、3種混合ワクチン、不活化ポリオワクチンの予防接種事業への協力について、次のとおり承諾します。

（ご協力いただける場合は○、いただけない場合には×を記入してください。）

受諾内容は、市民への個別通知や市ホームページ等に掲載します。

定期予防接種	実施の可否（○か×で回答）
高齢者新型コロナウイルス	
高齢者インフルエンザ	
3種混合ワクチン	
不活化ポリオワクチン	

※3種混合ワクチン、不活化ポリオワクチンは、4種混合ワクチン製造中止に伴い7月1日からの承諾とさせていただきます。

任意予防接種実施状況について

以下、問合せに対応するため、貴院での当該ワクチン任意予防接種の実施状況についてお答えください。

実施の可否に○か×をご記入いただき、実施する場合は合わせて予定日をお答えください。

任意予防接種	実施の可否	開始日（○の場合）
高齢者新型コロナウイルス		月　　日　から
		（使用ワクチン：＿＿＿＿＿＿）
高齢者インフルエンザ		月　　日　から
3種混合ワクチン		月　　日　から
不活化ポリオワクチン		月　　日　から

【お問合せ】
八潮市立保健センター　感染症予防担当　依田・加藤
TEL：995-3381　（平日8時30分～17時15分）

※　医師会事務局への事業内容等のお問合せはご遠慮ください。