

予防接種請求書及び実績報告書（令和 年 月分）

下野市長 様

所在地
医療機関名
電話番号
代表者職氏名

㊞

下記の通り請求します。

令和 年 月 日

金 円

実績報告書

予防接種名		区分	単価	件数	小計(円)
定期	ジフテリア,百日せき,急性灰白髄炎,破傷風,ヒブ (DPT-IPV-Hib)	接種	20,460		
	ジフテリア,百日せき,急性灰白髄炎,破傷風 (DPT-IPV)	接種	11,473		
	ジフテリア,百日せき,破傷風 (DPT)	接種	5,863		
	ジフテリア,破傷風 (DT)	接種	4,928		
	麻しん・風しん (MR)	接種	10,978		
	麻しん	接種	7,403		
	風しん	接種 (第1期・第2期)	7,414		
		接種 (第5期 (おとな))	6,589		
	日本脳炎	接種 (生後90月に至るまで)	7,898		
		接種 (9歳以上)	7,073		
	結核 (BCG)	接種	11,473		
	急性灰白髄炎 (不活化ポリオ)	接種	10,318		
	HPV (子宮頸がん)	サーバリックス (2価) ガーダシル (4価)	16,698		
		シルガード (9価)	26,854		
	Hib (インフルエンザ菌 b 型)	接種	9,758		
	小児用肺炎球菌	接種	12,243		
	水痘 (水ぼうそう)	接種	9,273		
	B型肝炎	接種	6,757		
	ロタ	ロタリックス	14,993		
ロタテック		9,966			
任意	おたふくかぜ	接種	3,000		
おとな	高齢者 (23価) 肺炎球菌※1	定期	3,500		
		定期 (生活保護受給者) ※2			
	帯状疱疹	生ワクチン	4,000		
不活化ワクチン		10,000			
予診のみ※3			1,300		
合計					

※1：脾臓摘出者等で接種費用が保険適用となる場合は対象外です。

※2：上限8,000円です。医療機関で定める接種料金が8,000円を超える場合は8,000円、超えない場合は接種料金を単価として下さい。

※3：同時接種の時は、1つの予防接種のみに計上し、区分欄に予防接種名をご記入ください。

注1）特例法第5条第1項の規定に基づく指定市町村から下野市への避難者については、別途、当様式を使用し対象者分を作成すること。

注2）長期療養（令第1条の3第2項関係）の該当者は、内数を該当欄に括弧書きで併記すること。

（例：被接種者11人中1該当の場合「11 (1)」）

振込先	銀行	支店
口座番号	普通 No.	
(フリガナ)		
口座名義		