

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

印

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)	
こども	定期	ジフテリア, 百日せき, 急性灰白髄炎, 破傷風, ヒブ (D P T－I P V－H i b)		20, 460			
		ジフテリア, 百日せき, 急性灰白髄炎, 破傷風 (D P T－I P V)		11, 473			
		ジフテリア, 百日せき, 破傷風 (D P T)		5, 863			
		ジフテリア, 破傷風 (D T)		4, 928			
		麻しん・風しん (MR)		10, 978			
		麻しん		7, 403			
		風しん		7, 414			
		日本脳炎	生後90月に至るまで	7, 898			
			9歳以上	7, 073			
		結核 (B C G)		11, 473			
		急性灰白髄炎 (不活化ポリオ)		10, 318			
		H P V (子宮頸がん) ※経過措置含む	サーバリックス (2価)	16, 698			
			ガーダシル (4価)				
			シルガード (9価)	26, 854			
		H i b (インフルエンザ菌 b 型)		9, 758			
		小児用肺炎球菌		12, 243			
		水痘 (水ぼうそう)		9, 273			
		B型肝炎		6, 757			
		ロタ	ロタリックス (1価)	14, 993			
	ロタテック (5価)		9, 966				
任意	おたふくかぜ		3, 000				
おとな	定期	麻しん・風しん (MR)		第5期 (長期療養特例対象のみ)	10, 153		
		高齢者 (23価) 肺炎球菌 ※1			3, 500		
				生活保護受給者 ※2			
		带状疱疹 (65歳、70歳からの5歳刻み、 100歳以上)	生ワクチン		5, 300		
				生活保護受給者 ※3			
			組換えワクチン		13, 000		
				生活保護受給者 ※4			
	任意	带状疱疹 (定期接種対象者以外)	生ワクチン	4, 000			
			組換えワクチン	10, 000			
予診のみ ※5				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ください。
※3：上限8,860円です。医療機関で定める接種料金が8,860円を超える場合は8,860円、超えない場合は接種料金を単価としてください。
※4：上限22,060円(1回)です。医療機関で定める接種料金が22,060円を超える場合は22,060円、超えない場合は接種料金を単価としてください。
※5：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			