

令和6年度個別予防接種報告書兼請求書

神栖市長 石田 進 様

令和 年 月 日

請求金額

円 (令和 年 月分)

(内 訳)

(単位: 件、円)

予防接種の種類			委託単価	件数	金額 (A)
結核 (BCG) ※1歳未満			11,100		
B型肝炎 ※1歳未満			6,500		
麻しん、風しん (MR)	1期 (1~2歳未満)		10,800		
	2期 (小学校入学前の1年間)		10,800		
麻しん			7,200		
風しん			7,200		
急性灰白髄炎 (不活化ポリオ)			10,100		
ジフテリア、百日せき、急性灰白髄炎、破傷風、Hib (DPT-IPV-Hib、五種混合)			20,000		
ジフテリア、百日せき、急性灰白髄炎、破傷風 (DPT-IPV、四種混合)			11,300		
ジフテリア、破傷風 (DT、二種混合)			5,000		
日本脳炎	1期	7歳6か月未満	7,700		
		7歳6か月以上	6,900		
	2期 (9歳以上)		6,900		
Hib			9,000		
小児の肺炎球菌			12,000		
ヒトパピローマウイルス感染症 (HPV)	2価(サーバリックス)・4価(ガーダシル)		16,500		
	9価(シルガード9)		27,000		
水痘 ※1~3歳未満			9,000		
ロタウイルス	1価(ロタリックス)		15,000		
	5価(ロタテック)		9,700		
おたふくかぜ ※1~5歳未満			3,000		
インフルエンザ	【助】高齢者 (接種費用が2,000円を下回る場合はその額)		2,000		
	【助】高齢者【免除】 ※接種費用と同額				
	【助】小児1回目【基準日に1歳~中3】 (接種費用が2,000円を下回る場合はその額)		2,000		
	【助】小児2回目【基準日に1歳~小6】 (接種費用が2,000円を下回る場合はその額)		2,000		
高齢者の肺炎球菌(23価)	【助】一般		3,000		
	【助】免除者 (接種費用が8,700円を下回る場合はその額)		8,700		
【助】風しん又はMR混合 (妊娠を希望する18歳以上の女性)			3,000		
合 計			-		

※助成する予防接種【助】については、医療機関設定額から助成額を引いた額が被接種者負担額となります。

請求者 (医療機関)

住 所

名 称

代表者名

印

口座登録情報			
銀行名・支店名			
種別・口座番号			
コダメ付印			
口座名義人			