

記入例

令和6年

例として、費用助成のワクチンの医療機関設定額は、次のとおり設定して作成しています。

請求書

神栖市長 石田 進 様

■インフルエンザ:1,700円

令和 年 月 日

請求金額

¥298,500

円 (令和6年4月分)

(内 訳)

| 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 | | 0 |
| B型肝炎 | ※1歳未満 | 6,500 | | 0 |
| 麻しん、風しん (MR) | 1期 (1~2歳未満) | 10,800 | | 0 |
| | 2期 (小学校入学前の1年間) | | | |
| 麻しん | | 7,200 | | 0 |
| 風しん | | 10,100 | | 0 |
| 急性灰白髄炎 (不活化) | | 20,000 | | 0 |
| ジフテリア、百日せき | | 11,300 | 5 | 56,500 |
| ジフテリア、破傷風 | | 5,000 | | 0 |
| 日本脳炎 | 高齢者インフルエンザ : 2,000円 高齢者インフルエンザ (個人負担免除者) : 接種費用と同額 | 6,900 | | 0 |
| | 小児インフルエンザ : 2,000円 (1回目・2回目共に上限2,000円) | 6,900 | | 0 |
| H i b | 高齢者肺炎球菌 : 3,000円 | 9,000 | 4 | 36,000 |
| 小児の肺炎球菌 | 高齢者肺炎球菌 (個人負担免除者) : 上限8,700円 | 2,000 | 4 | 48,000 |
| ヒトパピローマウイルス (HPV) | おたふくかぜ : 3,000円 風しん又はMR混合 (妊娠を希望する18歳以上の女性) : 3,000円 (ワクチン種を問わず) | 16,500 | | 0 |
| 水痘 | | 27,000 | 5 | 135,000 |
| ロタウイルス | 1価 (ロタテック) | 9,000 | | 0 |
| | 5価 (ロタテック) | 15,000 | | 0 |
| おたふくかぜ | ※1~5歳未満 | 3,000 | 1 | 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 | 10 | 20,000 |
| | 【助】 高齢者【免除】 ※接種費用と同額 | | | 0 |
| | 【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 | | 0 |
| | 【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 | | 0 |
| 高齢者の肺炎球菌 (23価) | 【助】 一般 | 3,000 | | 0 |
| | 【助】 免除者 (接種費用が8,700円を下回る場合はその額) | 8,700 | | 0 |
| 【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 | | 0 |
| 合 計 | | - | 29 | 298,500 |

「空欄」にて提出をお願いします。
「翌月10日」までに提出をお願いします。

費用の一部助成があるもの【助】
※インフルエンザ、高齢者肺炎球菌、おたふくかぜ、風しん又はMR混合 (妊娠を希望する18歳以上の女性)
委託単価は、定額制です。
ただし、接種費用が助成額を下回る場合は、その額となります。
高齢者インフルエンザ : 2,000円
高齢者インフルエンザ (個人負担免除者) : 接種費用と同額
小児インフルエンザ : 2,000円
(1回目・2回目共に上限2,000円)
高齢者肺炎球菌 : 3,000円
高齢者肺炎球菌 (個人負担免除者) : 上限8,700円
おたふくかぜ : 3,000円
風しん又はMR混合 (妊娠を希望する18歳以上の女性) : 3,000円 (ワクチン種を問わず)

予防接種ごとに実施した件数 (=各予診票の枚数) を記入し、「金額 (A)」欄金額を確認してください。

※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 神栖市溝口〇〇〇-△

名称 〇〇医院

代表者名

神栖 太郎

医療機関の代表者印を押印願います。
法人等で、医療機関の角印を押印した場合は、代表者の印 (認め印等) を追加で押印願います。

〇〇医院長印

または、

〇〇医院印

神栖

神栖