

記入例

令和7年度個別予防接種報告書兼請求書

神栖市長

令和 年 月 日

書き直しをお願いしないよう市長名を空欄にしました

請求金額

¥301,900

円（令和7年11月分）

（内 訳）

「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。

予防接種の種類		委託単価	件数	金額
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	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）	7,200		0
風しん		7,200		0
急性灰		10,100		0
ジフテリ		20,000		0
ジフテ	高齢者インフルエンザ：2,000円	11,300	5	56,500
ジフテ	高齢者インフルエンザ（個人負担免除者）：接種費用と同額	5,000		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）	7,700		0
	新型コロナウイルス感染症：3,000円	6,900		0
	新型コロナウイルス感染症（個人負担免除者）：接種費用と同額	6,900		0
Hib	高齢者肺炎球菌：3,000円	9,000	4	36,000
小児の	高齢者肺炎球菌（個人負担免除者）：接種費用と同額	12,000	4	48,000
ヒトパ		16,500		0
（HP	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）	27,000	5	135,000
水痘		9,000		0
ロタウイルス	1価	15,000		0
	5価（ロタテック）	9,700		0
おたふくかぜ	※1～5歳未満	3,000	1	3,000
インフル	【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	1,700	2	3,400
	【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
新型コロナウイルス感染症	【助】 一般 （接種費用が3,000円を下回る場合はその額）	3,000		0
	【助】 免除者 ※接種費用と同額			0
高齢者の肺炎球菌	【助】 一般 （接種費用が3,000円を下回る場合はその額）	3,000		0
	【助】 免除者 ※接種費用と同額			0
带状疱疹	不活化ワクチン	【助】 一般1回目 （接種費用が6,000円を下回る場合はその額）	6,000	0
		【助】 免除者1回目 ※接種費用と同額		0
		【助】 一般2回目 （接種費用が6,000円を下回る場合はその額）	6,000	0
		【助】 免除者2回目 ※接種費用と同額		0
	生ワクチン	【助】 一般 （接種費用が3,000円を下回る場合はその額）	3,000	0
		【助】 免除者 ※接種費用と同額		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		—	31	301,900

免除者の行を色付しました。
予診票の区分が負担金免除の場合は免除者の行に単価、件数、金額を入力してください。

助成する予防接種については、接種費用が2,000円を下回る場合、その額を入力してください。
例）1,700円の場合

※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
（法人名、代表者の職氏名） 神栖 太郎

請求者の押印について

■請求書への押印を省略することができます。その場合は、下段の発行責任者及び担当者の氏名、連絡先を必ずご記入ください。
発行責任者と担当者は同一でも構いません。

■今までどおり押印する場合は、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

発行責任者	経理部長 〇〇 〇〇	（連絡先：××××-××-××××）
担当者	神栖支店 〇〇 〇〇	（連絡先：××××-××-××××）

※請求者の押印を省略する場合は、発行責任者及び担当者の氏名（フルネーム）及び連絡先を記入してください。
発行責任者と担当者は同一でも構いません。