

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>

予防接種の種類		委託単価	件数	金額
結核 (B C G)	※ 1歳未満	11,100		0
B型肝炎	※ 1歳未満	6,500		0
	1期(1~2歳未満)	10,800		0
麻しん、風しん (MR)	2期(小学校入学前の1年間)			
麻しん		1,200		0
風しん		7,200		0
急性灰		10,100		0
ジフテ		20,000		0
ジフテ		11,300	5	56,500
ジフテ		5,000		0
		7,700		0
		6,900		0
		6,900		0
H i b		9,000	4	36,000
小児の		12,000	4	48,000
ヒトバ	(ダシル)	16,500		0
(H P)		27,000	5	135,000
水痘	(ワクチン種を問わず)	9,000		0
ロタウイルス	1歳未満	15,000		0
	5歳(ロタテック)	9,700		0
おたふくかぜ	※ 1~5歳未満	3,000	1	3,000
【助】高齢者		2,000	10	20,000
(接種費用が2,000円を下回る場合はその額)		1,700	2	3,400
【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】		2,000		
(接種費用が2,000円を下回る場合はその額)				
【助】小児 2回目 【基準日に1歳~小6】		2,000		
(接種費用が2,000円を下回る場合はその額)				
【助】一般		3,000		
(接種費用が3,000円を下回る場合はその額)				
【助】免除者 ※接種費用と同額				0
【助】一般		3,000		0
(接種費用が3,000円を下回る場合はその額)				0
【助】免除者 ※接種費用と同額				0
【助】一般 1回目		6,000		0
(接種費用が6,000円を下回る場合はその額)				0
【助】免除者 1回目 ※接種費用と同額				0
【助】一般 2回目		6,000		0
(接種費用が6,000円を下回る場合はその額)				0
【助】免除者 2回目 ※接種費用と同額				0
【助】一般		3,000		0
(接種費用が3,000円を下回る場合はその額)				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

※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 神栖市溝口〇〇〇一△

名称 ○□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。

○□医院
長印

または、

○□
医院印

神栖

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