令和７年度個別予防接種報告書兼請求書

神栖市長　　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
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		
		５期（風しんの追加的対策）	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	2,000		
		（接種費用が2,000円を下回る場合はその額）			
		【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】	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）			
新型コロナウイルス感染症		**【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			
高齢者の肺炎球菌		**【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			
帯状疱疹	不活化ワクチン	**【助】**一般１回目	6,000		
		（接種費用が6,000円を下回る場合はその額）			
		【助】免除者１回目　※接種費用と同額			
		【助】一般２回目	6,000		
		（接種費用が6,000円を下回る場合はその額）			
		【助】免除者２回目　※接種費用と同額			
	生ワクチン	**【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			
【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

（法人名、代表者の職氏名）

発行責任者	（連絡先：　　）
担当者	（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。