

請求書の提出期限: 毎月、月末締め、翌月10日までに提出願います

記入例

令和8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

¥315,400

円 (令和 年 月分)

(内 訳)

予防接種の種類		単価 (円)	回数	金額 (円)
結核 (BCG)	※1歳未満			
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	3	32,400
	2期 (小学校入学前の1年間)	10,800	2	21,600
	5期 (風しんの追加的対策)	10,800		0
麻しん		7,200		0
風しん		7,200		0
急性灰白髄炎 (不活化ポリオ)		10,100		0
ジフテリア、百日せき、急性灰白髄炎、破傷風、Hib (DPT-I PV-Hib、五種混合)		20,000	5	100,000
ジフテリア、百日せき、破傷風 (DPT、三種混合)		5,800		0
ジフテリア、破傷風 (DT、二種混合)		5,000		0
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		0
小児の肺炎球菌		12,000	4	48,000
ヒトパピローマウイルス感染症 (HPV)	9価 (シルガード9)	27,000	2	54,000
水痘	※1~3歳未満	9,000	3	27,000
ロタウイルス	1価 (ロタリックス)	15,000		0
	5価 (ロタテック)	9,700		0
RSウイルス母子免疫ワクチン		30,000		0
おたふくかぜ	※1~5歳未満	3,000	3	9,000
インフルエンザ	【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		0
	(接種費用が2,000円を下回る場合はその額)			0
新型コロナウイルス感染症	【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
高齢者の肺炎球菌	【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
帯状疱疹	不活化ワクチン	【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
	生ワクチン	【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
生ワクチン	【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			34	315,400

請求年月日は入れずに提出お願いします。

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【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 院長 神栖 太郎  
(法人名、代表者の職氏名)

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。押印を省略する場合は、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、必ず代表者の印 (認め印等) も押印願います。

発行責任者 経理部長 〇〇 〇〇 (連絡先: ××××-××-××××)  
担当者 経理係 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。