

群馬県内相互乗り入れ用

群馬県内相互乗り入れ予防接種実施報告書兼委託料請求書

令和 年 月 日

市(町・村)長 様

医療機関名
所在地
施設長名
電話番号
登録番号

印

T

令和 年 月実施の予防接種について、下記のとおり委託料を請求します。

請求金額(税込) ¥

内訳(予診票は別添のとおり)

| 予防接種の種類 | | 単価 | 件数 | 金額 | 備考 |
|--|--------------------------|----|----|----|----|
| 1 四種混合(DPT-IPV) <small>※ワクチンの種類により単価が異なる場合には2段に分けて記載してください。</small> | 1期 2~90月に至るまで | | | | |
| | 2期 2~90月に至るまで | | | | |
| 2 三種混合(DPT) | 1期 2~90月に至るまで | | | | |
| | 2期 2~90月に至るまで | | | | |
| 3 二種混合(DT) | 1期 3~90月に至るまで | | | | |
| | 2期 11~13歳未満 | | | | |
| 4 麻しん風しん混合 | 1期 12~24月に至るまで | | | | |
| | 2期 | | | | |
| 5 麻しん | 1期 12~24月に至るまで | | | | |
| | 2期 | | | | |
| 6 風しん | 1期 12~24月に至るまで | | | | |
| | 2期 | | | | |
| 7 日本脳炎 | 1期 6~90月に至るまで | | | | |
| | 1期 特例措置 | | | | |
| | 2期 9~13歳未満 2期 特例措置 | | | | |
| 8 BCG | 12月に至るまで | | | | |
| 9 ポリオ(IPV) | 1期 2~90月に至るまで | | | | |
| 10 子宮頸がん予防 | 2価 小6~高1相当の女子 | | | | |
| | 2価 特例措置 | | | | |
| | 4価 小6~高1相当の女子 | | | | |
| | 4価 特例措置 | | | | |
| | 9価 小6~高1相当の女子 9価 特例措置 | | | | |
| 11 ヒブ | 2~60月に至るまで | | | | |
| 12 小児用肺炎球菌 | 2~60月に至るまで | | | | |
| 13 水痘 | 12~36月に至るまで | | | | |
| 14 B型肝炎 | 12月に至るまで | | | | |
| 15 ロタウイルス | 1価 6週0日後~24週0日後 | | | | |
| | 5価 6週0日後~32週0日後 | | | | |
| 16 (A類) 予診のみ <small>*引き続き医療となった場合を除く</small> | 90月未満 | | | | |
| | その他 | | | | |
| 17 インフルエンザ | 自己負担徴収者 | | | | |
| | 自己負担免除者 | | | | |
| 18 高齢者用肺炎球菌 | 自己負担徴収者 | | | | |
| | 自己負担免除者 | | | | |
| 19 (B類) 予診のみ <small>*引き続き医療となった場合を除く</small> | | | | | |
| 合計 | | | | | |

振込先

| | | |
|--------|-----------|------|
| 金融機関名 | 銀行 | 本・支店 |
| 種別 | 普通 当座 その他 | |
| 口座番号 | | |
| (フリガナ) | | |
| 口座名義人 | | |

市町村が記入します⇒

市町村確認日

令和 年 月 日