（別紙様式７－１）（第８の５（１）関係）

市町村名

**岩手県広域的予防接種料金表（市町村用）**

１　Ａ類疾病

（１）接種料金　（医療機関名：　　　　　　　　　）※２

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 予防接種の種類 | 年齢区分等 | 接種料金(消費税含む) | 予防接種の種類 | 年齢区分等 | 接種料金(消費税含む) |
| DPT-IPV(四種混合) |  | 円 | 日本脳炎 |  | 円 |
|  | 円 |  | 円 |
|  | 円 |  | 円 |
| DPT(三種混合) |  | 円 | 結核(BCG) |  | 円 |
|  | 円 | Hib感染症 |  | 円 |
|  | 円 |  | 円 |
| DT(ジフテリア･破傷風) |  | 円 |  | 円 |
|  | 円 | 小児の肺炎球菌感染症 |  | 円 |
|  | 円 |  | 円 |
| IPV(不活化ポリオ) |  | 円 |  | 円 |
|  | 円 | HPV感染症 |  | 円 |
|  | 円 | 水痘 |  | 円 |
| 麻しん風しん混合(MR) |  | 円 |  | 円 |
|  | 円 |  | 円 |
|  | 円 | B型肝炎 |  | 円 |
| 麻しん |  | 円 |  | 円 |
|  | 円 | ロタウイルス感染症※ | ロタリックス | 円 |
|  | 円 | ロタテック | 円 |
| 風しん |  | 円 | 予診のみ※１ | 円 |
|  | 円 | ※「ロタウイルス感染症」のワクチンは、令和２年10月１日から定期接種化されるもの。 |
|  | 円 |

※１　予診のみの場合は、委託料を支払わない扱いとすることができる。（実施要領第８の３）

※２　この様式の年齢区分等は、市町村ごとに変更することができる。

※３　Ａ類疾病で複数の医療機関と異なる料金で契約している場合は、「１接種料金」の部分を複数枚

作成（医療機関名を記入）し、提出する。

（２）負担についての取扱い（該当項目にレ印）

　　□ア　第８の３に定める負担上限額を定め、第８の１及び２に定める接種料金との差額は、被接種者が窓口で支払う。（負担上限額は別紙のとおりとする。）

　　□イ　第８の１及び２に定める接種料金は、全額市町村が負担する。

（３）特記事項

|  |
| --- |
|  |

　　　※　医療機関に対し特に周知を図る事項がある場合に記載すること。

２　Ｂ類疾病

（１）接種料金

Ｂ類疾病に係る接種料金は「協力医療機関の定める額」（要領第８の１)のため記載不要

（２）　特記事項

|  |
| --- |
|  |

　　　※　医療機関に対し特に周知を図る事項がある場合に記載すること。

（別紙様式７－１）別紙１

市町村名

岩手県広域的予防接種

**負担上限額表（Ａ類疾病）**

１　負担上限額

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 予防接種の種類 | 年齢区分等 | 接種料金(消費税含む) | 予防接種の種類 | 年齢区分等 | 接種料金(消費税含む) |
| DPT-IPV(四種混合) |  | 円 | 日本脳炎 |  | 円 |
|  | 円 |  | 円 |
|  | 円 |  | 円 |
| DPT(三種混合) |  | 円 | 結核(BCG) |  | 円 |
|  | 円 | Hib感染症 |  | 円 |
|  | 円 |  | 円 |
| DT(ジフテリア･破傷風) |  | 円 |  | 円 |
|  | 円 | 小児の肺炎球菌感染症 |  | 円 |
|  | 円 |  | 円 |
| IPV(不活化ポリオ) |  | 円 |  | 円 |
|  | 円 | HPV感染症 |  | 円 |
|  | 円 | 水痘 |  | 円 |
| 麻しん風しん混合(MR) |  | 円 |  | 円 |
|  | 円 |  | 円 |
|  | 円 | B型肝炎 |  | 円 |
| 麻しん |  | 円 |  | 円 |
|  | 円 | ロタウイルス感染症※ | ロタリックス | 円 |
|  | 円 | ロタテック | 円 |
| 風しん |  | 円 | 予診のみ※１ | 円 |
|  | 円 | ※「ロタウイルス感染症」のワクチンは、令和２年10月１日から定期接種化されるもの。 |
|  | 円 |

※１　予診のみの場合は、委託料を支払わない扱いとすることができる。（実施要領第８の３）

※２　この様式の年齢区分等は、市町村ごとに変更することができる。

２　担当課・係名

　　　　　　　　〒

　　住所

　　電話番号

　　FAX番号

（別紙様式７－１）別紙２

市町村名

岩手県広域的予防接種

**自己負担・公費負担表（Ｂ類疾病）**

１　自己負担、公費負担等

（１）季節性インフルエンザ

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 予防接種の種　類 | 負担軽減措置 | 自己負担額 | 公費負担額 | 接種実施期間（公費助成期間） |
| 高齢者の季節性インフルエンザ | 非該当（一般） |  |  | からまで |
| 該当 |  |  |

（２）肺炎球菌感染症

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 予防接種の種　類 | 負担軽減措置 | 自己負担額 | 公費負担額 | 接種実施期間（公費助成期間） |
| 高齢者の肺炎球菌感染症 | 非該当（一般） |  |  | からまで |
| 該当 |  |  |

２　負担軽減措置

（１）実施状況

|  |  |
| --- | --- |
| 対象者区分 | その他の軽減措置対象者 |
| □生活保護受給世帯 |  |
| □市町村民税非課税世帯 |
| □中国残留邦人等支援給付受給世帯 |

（該当項目にレ印）

（２）窓口対応に係る協力医療機関への依頼事項

|  |
| --- |
|  |

　　　※　窓口での証明書の収受等、医療機関に対応を依頼する事項がある場合に記載すること。

３　市町村連絡先（Ｂ類疾病）

　　担当課・係名

　　　　　　　　〒

　　住所

　　電話番号

　　FAX番号