（別紙様式10）（第９の１　関係）

**岩手県広域的予防接種実施報告書兼請求書**

**（Ａ類疾病）**

　　　　年　　月　　日

市（町・村）長　殿

　　　　　　　　　　　　　　所在地

　　　　　　　　　　　　　　医療機関名

　　　　　　　　　　　　　　代表者職・氏名　　　　　　　　　　　　　　　㊞

　　　　　年　　月に下記のとおり貴市（町・村）民に対し広域的予防接種を実施しましたので、委託料として、次のとおり請求します。

**請求金額　　　　　　　　　円**

１　内訳

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 予防接種の種類 | 単価 | 人数 | 金額 | 予防接種の種類 | 単価 | 人数 | 金額 |
| DPT-IPV（四種混合） |  |  |  | Hib感染症 |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
| DPT（三種混合） |  |  |  | 小児の肺炎球菌感染症 |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
| DT(ジフテリア・破傷風) |  |  |  | HPV感染症 |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
| IPV(不活化ポリオ) |  |  |  | 水痘 |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
| 麻しん風しん混合（MR） |  |  |  | B型肝炎 |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
| 麻しん |  |  |  | ロタウイルス感染症 | ロタリックス |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
| 風しん |  |  |  | ロタテック |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
| 日本脳炎 |  |  |  | DPT-IPV-Hib（五種混合） |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
| 結核（BCG） |  |  |  | 予診のみ |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |

※実施要領に定める協力医療機関の接種料金が、住所地市町村の定める公費負担上限額を超えない場合は、協力医療機関の接種料金を請求してください。

２　振込先

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