

令和6年度

港区任意接種助成事業実施報告書

令和 年 月 日

令和

年

月分

医療機関名	
-------	--

請求金額	円
------	---

事業名	実施区分	件数	単価(税込)	金額
1. 成人の風しん	抗体検査	H I 法	円	円
		E I A 法	円	円
	予防接種	風しん単抗原	円	円
		麻しん風しん混合	円	円
2. 麻しん	抗体検査	PA法	円	円
		E I A 法	円	円
	予防接種	麻しん単抗原	円	円
		麻しん風しん混合	円	円
3. 麻しん風しん 混合ワクチン (MR任意)	予防接種	2歳～ 小学校入学前まで ※2期対象者を除く	円	円
		小学1年生～ 18歳	円	円
		予診のみ	円	円
4. 带状疱疹ワクチン	生ワクチン	一般	円	円
		生活保護受給者等	円	円
	不活化 ワクチン	一般	円	円
		生活保護受給者等	円	円
5. 肺炎球菌ワクチン	予防接種	一般	円	円
		生活保護受給者等	円	円
合 計 (税 込)				円

医療機関住所：

医療機関名：

電話番号：

ご担当者名

- ・毎月8日までに前月実施した抗体検査及び予防接種を取りまとめ、東京都港区医師会へ提出してください。
- ・「抗体検査受診票」又は「予防接種予診票」は、複写式各票の1枚目「請求用」を提出してください。
- ・5つの任意予防接種事業のうち、貴院で受託している事業のみご記入ください。
- ・6/1より接種単価の改定があります。単価表を確認し、報告書は各月分ごとに提出してください。