

令和8年度

港区任意予防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	
------	--

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	HI法		
		EIA法		
	予防接種	風しん単抗原		
		麻しん風しん混合		
2. 麻しん	抗体検査	PA法		
		EIA法		
	予防接種	麻しん単抗原		
		麻しん風しん混合		
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 小学1年生～18歳		
		予診のみ		
4. 带状疱疹ワクチン	生ワクチン	一般		
		生活保護受給者等		
	組換え	一般 (18歳～49歳)		
		一般 (50歳～64歳)		
		一般 (65歳以上)		
		生活保護受給者等 (18歳～49歳)		
		生活保護受給者等 (50歳～64歳)		
生活保護受給者等 (65歳以上)				
5. 男子HPVワクチン	シルガード9	小学校6年生～ 高校1年生の男子		
	ガーダシル	小学校6年生～ 高校1年生の男子		
	予診	予診のみ		
6. おたふくかぜワクチン	予防接種	別紙おたふくかぜワクチン任意接種事業実施報告書に記載してください		
合 計 (税 込) ※おたふくかぜワクチン分を除く				

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「任意接種予診票」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。