

令和7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	H I 法			
		E I A 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			
		E I A 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			
	不活化	一 般 (18歳～45歳)			
		一 般 (50歳～64歳)			
		一 般 (65歳以上)			
		生活保護受給者等 (18歳～45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	予防接種	小学校6年生～ 高校1年生の男子 特例延長者（高校2年生） 予診のみ			
合 計（ 税 込 ）					

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。