

定期予防接種医療機関実施申込書

(宛先) 東大阪市長

令和 年 月 日

住所又は事務所所在地

商号又は名称

氏名又は代表者氏名



支払の際に確認いたしますので
法人の場合は
法人名、代表職名・氏名を記入ください

実施する予防接種の業務に関する予防接種実施医療
係規定および
、実施する予
しないものにつ
契約印（丸印）又は代表者の個人印
を押印ください

実施欄	予防接種種別	接種委託料	接種不可（予診のみ）委託料	被接種者自己負担額
			4,026 円	
			4,026 円	
			4,026 円	
	小児用肺炎球菌ワクチン	12,580 円	4,026 円	
	ヒブワクチン	9,242 円	4,026 円	
	五種混合(DPT-IPV-Hib)1期	20,361 円	4,026 円	
	四種混合(DPT-IPV)1期	11,451 円	4,026 円	
	三種混合(DPT)1期	5,852 円	4,026 円	
	二種混合(DT)1期	5,731 円	4,026 円	
	二種混合(DT)2期	4,906 円	3,201 円	
	急性灰白髄炎	10,296 円	4,026 円	
	BCG	11,451 円	4,026 円	
	水痘	9,251 円	4,026 円	
	日本脳炎1期	7,876 円	4,026 円	
	日本脳炎2期	7,051 円	3,201 円	
	麻疹風しん混合1期	10,956 円	4,026 円	
	麻疹風しん混合2期	10,956 円	4,026 円	
	麻疹	7,414 円	4,026 円	
	風しん	7,414 円	4,026 円	
	子宮頸がん予防ワクチン (サーバリックス・ガーダシル)	16,676 円	3,201 円	
	子宮頸がん予防ワクチン (シルガード9)	28,556 円	3,201 円	
	成人用肺炎球菌 (一般)	6,179 円	3,531 円	3,000 円
	成人用肺炎球菌 (生活保護受給者等)	9,179 円	3,531 円	
	帯状疱疹 ビケン (一般)	4,860 円	3,531 円	4,000 円
	帯状疱疹 ビケン (生活保護受給者等)	8,860 円	3,531 円	
	帯状疱疹 シングリックス (一般)	12,060 円	3,531 円	10,000 円
	帯状疱疹 シングリックス (生活保護受給者等)	22,060 円	3,531 円	
	インフルエンザ (一般)	4,456 円	3,531 円	1,000 円
	インフルエンザ (生活保護受給者等)	5,456 円	3,531 円	
	新型コロナウイルス (一般)	12,600 円	3,531 円	3,000 円
	新型コロナウイルス (生活保護受給者等)	15,600 円	3,531 円	

※ 八尾市及び柏原市の医療機関はA類疾病は対象外です。