

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

代表者氏名

印

支払い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・氏名をご記入ください。

市が実施する予防接種の業務に関する予防接種実施医療機関に申し
およびホームページ記
種の種類は、次のとお
実施しないものについて

契約印（丸印）又は代表者の個人印
を押印ください。

予防接種別・接種委託料等をご確認いただき、
すべての欄に○×を記入ください。

実施欄	予防接種種別	接種委託料	のみ) 委託料	自己負担額
	ロタウイルスワクチン(ロタリックス)	14,971 円	4,026 円	
	ロ	9,944 円	4,026 円	
	B型	6,644 円	4,026 円	
	小児	2,386 円	4,026 円	
	ヒ	9,242 円	4,026 円	
	五種混合(DPT-IPV-Hib)1期	20,361 円	4,026 円	
	三種混合(DPT)1期	9,636 円	4,026 円	
	二種混合(DT)1期	6,996 円	4,026 円	
	二種混合(DT)2期	6,171 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	
	麻しん風しん混合1期	10,956 円	4,026 円	
	麻しん風しん混合2期	10,956 円	4,026 円	
	麻しん	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 (シルガード9)	28,556 円	3,201 円	
	RSウイルス母子免疫ワクチン	29,766 円	3,201 円	
	成人用肺炎球菌 (一般)	7,391 円	3,531 円	4,500 円
	成人用肺炎球菌 (生活保護受給者等)	11,891 円	3,531 円	
	带状疱疹 ビケン (一般)	4,860 円	3,531 円	4,000 円
	带状疱疹 ビケン (生活保護受給者等)	8,860 円	3,531 円	
	带状疱疹 シングリックス (一般)	12,060 円	3,531 円	10,000 円
	带状疱疹 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。