

定期予防接種医療機関実施申込書

令和 年 月 日

(宛先) 東大阪市長

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

印

支払の際に確認いたしますので  
法人の場合は代表職名・氏名を記入ください

契約印(丸印)又は代表者の個人印  
を押印ください

項に従い契約を履行します。

ただし、実施する予防接種の種類は、次のとおりとします。

(実施欄に実施する者については「○」を、実施しないものについては「×」をそれぞれ記入する。)

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
	ロタウイルスワクチン (ロタリックス)	15,015 円	2,856 円	
	ロタウイルスワクチン (ロタテック)	9,383 円	2,856 円	
	B 型肝炎ワクチン	6,578 円	2,856 円	
	ヒブワクチン	9,341 円	2,673 円	
	小児用肺炎球菌ワクチン	11,929 円	2,673 円	
	五種混合(DPT-IPV-Hib)1 期	19,983 円	2,673 円	
	四種混合(DPT-IPV)1 期	10,642 円	2,673 円	
	二種混合(DT)1 期	4,713 円	2,856 円	
	二種混合(DT)2 期	4,878 円	3,498 円	
	急性灰白髄炎	9,432 円	2,673 円	
	BCG	13,145 円	4,323 円	
	水痘	9,130 円	3,223 円	
	日本脳炎 1 期			
	日本脳炎 2 期			
	麻しん風しん混合 1 期			
	麻しん風しん混合 2 期	11,220 円	4,323 円	
	麻しん	9,108 円	4,323 円	
	風しん	9,108 円	4,323 円	
	子宮頸がん予防ワクチン (サーバリックス・ガーダシル)	16,836 円	2,302 円	
	子宮頸がん予防ワクチン (シルガード 9)	30,209 円	2,302 円	
	成人用肺炎球菌ワクチン (一般)	6,113 円	3,498 円	3,000 円
	成人用肺炎球菌ワクチン (生活保護受給者等)	9,113 円	3,498 円	0 円
	インフルエンザ (一般)	4,390 円	3,498 円	1,000 円
	インフルエンザ (生活保護受給者等)	5,390 円	3,498 円	0 円

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

※八尾市及び柏原市の医療機関はA類疾病は対象外です。