予防接種実施医療機関　管理者様

別紙３

Ｂ類予防接種

次の点に留意していただき、接種を実施、請求していただきますようお願いいたします。

* **予診票の記載事項について**

予診票に記載もれ、不備がある場合は、公費負担対象の定期予防接種とみなすことができず、返却することがあります。

* **帯状疱疹予防接種予診票への税情報の印字について**

　　予診票右上の自己負担区分が「（２）」となっている場合、市民税非課税世帯の方となります。本予診票のみで非課税世帯の自己負担額を徴収してください。（証明書添付不要）

　　なお、別途証明書を提出した場合は、その証明書の区分において自己負担額を徴収してください。

* **市民税非課税世帯にかかる証明書類について**

以下のいずれかの証明書類を回収し、請求時に添付してください。

　①介護保険料納付通知書（第１～３段階）の写し（コピーしてください。）

②市民税にかかる証明書（原本）

**■ 予防接種委託料の請求について　注意事項**

１.委託料請求には、「予防接種委託料請求書（様式第３号）」をご使用ください。

・請求書下部の医療機関名等の記入欄は**必ず全て記入してください。ひとつでも記入**

**もれがあれば返戻となります。**

・職・氏名と記載のある欄はその職名と氏名（フルネーム）を記入してください。

（例　理事長　姫路　太郎）

・発行責任者は、代表取締役又は支店長や営業所長など社内において権限の委任を受けた役職員です。代表者と同じで構いませんが、その場合でも発行責任者欄に同じ役職名と氏名を記載してください。

**・接種者が複数人いる場合は、１枚の請求書にとりまとめて請求してください。**

２．令和７年度分の請求書は、令和８年４月１０日までにご提出ください。

* **60歳～64歳の対象者へ接種した場合**

対象であることがわかる身体障碍者手帳の写し（疾病の詳細がわかるページを含むこと）又は医師の診断書を添付してください。

（問い合わせ先）

姫路市保健所　防疫課　予防接種担当

住所　〒670-8530　兵庫県姫路市坂田町３番地

電話　079-289-1721

請求日　令和　　年　　月　　日

様式３号

**Ｂ類予防接種　実施報告書兼請求書（広域的予防接種）**

**姫路市長　様**

予防接種法に基づく予防接種を実施しましたので、報告及び請求します。

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 予防接種 | 区分（自己負担額） | 委託料 | 接種件数 | 金額（税込） |
| 65歳以上 | 60～64歳の対象者 | 小計 |
| 高齢者肺炎球菌 | 一般（4,000円） | 4,369円 |  |  |  |  |
| 非課税世帯（2,000円） | 6,369円 |  |  |  |  |
| 生活保護（無料） | 8,369円 |  |  |  |  |
| 不応料（不可） | 3,201円 |  |  |  |  |
| 高齢者インフルエンザ10月1日～1月31日 | 一般（1,500円） | 3,791円 |  |  |  |  |
| 非課税世帯（無料） | 5,291円 |  |  |  |  |
| 生活保護（無料） | 5,291円 |  |  |  |  |
| 不応料（不可） | 3,201円 |  |  |  |  |
| 新型コロナウイルス10月1日～1月31日 | 一般（3,260円） | 12,481円 |  |  |  |  |
| 非課税世帯（無料） | 15,741円 |  |  |  |  |
| 生活保護（無料） | 15,741円 |  |  |  |  |
| 不応料（不可） | 3,201円 |  |  |  |  |
| 帯状疱疹 | ビケン | 一般（4,000円） | 4,591円 |  |  |  |  |
| 非課税世帯（2,000円） | 6,591円 |  |  |  |  |
| 生活保護（無料） | 8,591円 |  |  |  |  |
| 不応料（不可） | 3,201円 |  |  |  |  |
| シングリックス | 一般（17,000円） | 4,791円 |  |  |  |  |
| 非課税世帯（8,000円） | 13,791円 |  |  |  |  |
| 生活保護（無料） | 21,791円 |  |  |  |  |
| 不応料（不可） | 3,201円 |  |  |  |  |

**※　接種に利用した本市の予診票及び各種証明書等（必要な場合）を添付すること。**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **口座情報** | **金融機関名** | □銀行 □金庫 □本店 □出張所□組合 □その他（　　　　） □支店 |
| **銀行コード４桁** |  |  |  |  | **支店コード３桁** |  |  |  |  |
| **預 金 種 別** | **□ １．普通預金　　□ ２．当座預金** |
| **口 座 番 号** |  |  |  |  |  |  |  | （右詰め） |
| **（ﾌﾘｶﾞﾅ）** |  |  |
| **口 座 名 義** |  |  |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **請求者情報** | **医療機関名称** |  |
| **所在地** |  |
| **代表者名（職・氏名）** |  |
| **連絡先（電話）** |  |
| **発行責任者（職・氏名）** |  |

※各項目に記載漏れが無いよう記載してください。