

豊中市長 様

豊中市民のみ

請求年月日 年 月 日

医療機関名称
住所
電話番号
管理医師名

(訂正がない場合は押印不要)

【令和7年4月以降接種分】風しん第5期定期接種（特例措置対象者用）請求書

定期予防接種に係る費用として、別紙予診票を添えて請求します。

接種年月 令和 年 月分

(請求内訳)

区分		請求件数	単価(税込)	請求金額(税込)
予防接種	接種（麻しん風しん混合ワクチン）	件	10,351円	円
	接種（風しん単独ワクチン）	件	6,765円	円
	予診のみ	件	3,223円	円
副反応疑い報告書作成料		件	550円	円
合計		件	-	円

(報告のみ)

請求外他市民 (豊中市長宛の依頼書添付有の人数)	件
-----------------------------	---

- ※ 本請求書は、**令和7年4月～令和9年3月に実施した風しん5期定期接種の特例措置対象者に係る「予防接種費用」の請求**に利用します。
- ※ 令和6年度（令和6年4月～令和7年3月）の抗体検査及び予防接種の請求は、別紙「【令和6年度実施分：豊中市請求用】風しん対策（風しん第5期 定期接種）請求書」を使用してください。
- ※ **「昭和37年4月2日～昭和54年4月1日生まれの男性のうち、令和7年3月31日までに実施した抗体検査にて、抗体価がHI法8倍以下相当の者」のみ本請求書にて請求可能です。必ず抗体検査の日付、結果を確認のうえ、接種してください。**
- ※ 本請求書に押印は不要ですが、訂正がある場合は新たに作成してください。
- ※ 本請求書とともに、本請求に係る接種の予診票原本を提出してください。

【提出先】 〒561-0881 豊中市中桜塚4-11-1 豊中市保健所 健康危機対策課 ワクチン係 宛
(電話：06-6152-7329)