

岩手県高齢者広域接種受診票 (一覽型)

下記一覽表記載の計 名について、岩手県広域的予防接種事業の協力医療機関において、協力医師が予防接種法に基づき定期予防接種を実施していただきますようお願いします。

年 月 日 ●●市(町・村)長 ●● ●●

【市町村コード：■■■ ●●市(町・村) 広域的予防接種 自己負担額、公費負担額等】

| 予防接種の種類 | 負担軽減措置 | 自己負担額：② (窓口で徴収) | 公費負担額：③ (市町村への請求単価) | 接種実施期間 (公費助成期間) |
|---------------|-------------|--------------------|------------------------|--------------------|
| 高齢者の ●●●●● | 非該当 (一般) | | | から |
| | 該当 | | | まで (期間外は全額自己負担) |

| | | | |
|-----------------|---|--------------------------|---|
| ※医療機関が定める接種料金：① | 円 | ※ 年 月実施請求金額小計 (本票記載分) | 円 |
|-----------------|---|--------------------------|---|

| | |
|----|--|
| 備考 | |
|----|--|

【協力医療機関へのお願い】

- ・接種実施後、別紙の「予防接種済証」に必要事項を記入してください。
- ・接種実施後、本票にはそれぞれの実施年月日や請求金額等を記入し、委託料請求の際に添付してください。
- ・委託料請求の際は、実施報告書兼請求書に本票及び予診票(ある場合)市町村指示の書類等を添付してください。

問い合わせ：●●市(町・村) ●●課 ●●係 電話 ●●●●-●●●●-●●●●(内線 ●●)

実施医療機関：

【対象者名簿兼請求内訳】

| No. | (フリガナ) 対象者氏名 | 生年月日 (満年齢) | ※実施年月日 | ※請求金額 | 備考 |
|-----|-----------------|--------------|---|-------|----|
| | 住所 | 電話番号 | 負担軽減措置 | | |
| 1 | | 年 月 日生 (満 歳) | 年 月 日 | 円 | |
| | 〒 | Tel | <input type="checkbox"/> 該当 <input type="checkbox"/> 非該当 | | |
| 2 | | 年 月 日生 (満 歳) | 年 月 日 | 円 | |
| | 〒 | Tel | <input type="checkbox"/> 該当 <input type="checkbox"/> 非該当 | | |
| 3 | | 年 月 日生 (満 歳) | 年 月 日 | 円 | |
| | 〒 | Tel | <input type="checkbox"/> 該当 <input type="checkbox"/> 非該当 | | |
| 4 | | 年 月 日生 (満 歳) | 年 月 日 | 円 | |
| | 〒 | Tel | <input type="checkbox"/> 該当 <input type="checkbox"/> 非該当 | | |
| 5 | | 年 月 日生 (満 歳) | 年 月 日 | 円 | |
| | 〒 | Tel | <input type="checkbox"/> 該当 <input type="checkbox"/> 非該当 | | |

※ 「実施年月日」「請求金額」及び「請求金額小計」の各欄は、接種実施後、各医療機関で記入してください。(対象者数が多い場合は、用紙を追加してください。)

【対象者名簿兼請求内訳】 実施医療機関:

| No. | (フリガナ) 対象者氏名 | 生年月日 (満年齢) | | ※実施年月日 | ※請求金額 | 備考 |
|-----|-----------------|-----------------|----------|---|-------|----|
| | 住 所 | 電話番号 | | 負担軽減措置 | | |
| 6 | | 年 月 日生 (満 歳) | 年 月 日 | <input type="checkbox"/> 該当 <input type="checkbox"/> 非該当 | 円 | |
| | 〒 | TEL | | | | |
| 7 | | 年 月 日生 (満 歳) | 年 月 日 | <input type="checkbox"/> 該当 <input type="checkbox"/> 非該当 | 円 | |
| | 〒 | TEL | | | | |
| 8 | | 年 月 日生 (満 歳) | 年 月 日 | <input type="checkbox"/> 該当 <input type="checkbox"/> 非該当 | 円 | |
| | 〒 | TEL | | | | |
| 9 | | 年 月 日生 (満 歳) | 年 月 日 | <input type="checkbox"/> 該当 <input type="checkbox"/> 非該当 | 円 | |
| | 〒 | TEL | | | | |
| 10 | | 年 月 日生 (満 歳) | 年 月 日 | <input type="checkbox"/> 該当 <input type="checkbox"/> 非該当 | 円 | |
| | 〒 | TEL | | | | |
| 11 | | 年 月 日生 (満 歳) | 年 月 日 | <input type="checkbox"/> 該当 <input type="checkbox"/> 非該当 | 円 | |
| | 〒 | TEL | | | | |
| 12 | | 年 月 日生 (満 歳) | 年 月 日 | <input type="checkbox"/> 該当 <input type="checkbox"/> 非該当 | 円 | |
| | 〒 | TEL | | | | |
| 13 | | 年 月 日生 (満 歳) | 年 月 日 | <input type="checkbox"/> 該当 <input type="checkbox"/> 非該当 | 円 | |
| | 〒 | TEL | | | | |
| 14 | | 年 月 日生 (満 歳) | 年 月 日 | <input type="checkbox"/> 該当 <input type="checkbox"/> 非該当 | 円 | |
| | 〒 | TEL | | | | |
| 15 | | 年 月 日生 (満 歳) | 年 月 日 | <input type="checkbox"/> 該当 <input type="checkbox"/> 非該当 | 円 | |
| | 〒 | TEL | | | | |

※ 「実施年月日」「請求金額」及び「請求金額小計」の各欄は、接種実施後、各医療機関で記入してください。(対象者数が多い場合は、用紙を追加してください。)