

# ご請求にあたりご確認ください事項

## 予防接種実施申込書（報告書）表面

接種日に間違いはありませんか。  
※年月を特にご確認ください。

フリガナは正しく書かれていますか。  
※外国人の場合は特にご注意ください。

生年月日に間違いはありませんか。  
※西暦で書かれていませんか。

予防接種の種類に間違いはありませんか。  
※インフルエンザは「20」です。

60～64歳の接種者の場合、いずれかに  
チェックがされていますか。

予防接種実施申込書（報告書）  
インフルエンザ・高齢者用肺炎球菌用

黒ボールペンで記入してください。

申込年月日（接種年月日）  
令和 年 月 日

フリガナ

氏名   1 男  2 女  
※性別の番号を記入してください

生年月日 年 月 日 歳  
3 2 1 昭大 明 和正 治 年 号

住所 〒       大阪市 区  
電話番号は必ず記入してください

電話 ( ) -

本日、受ける  
予 防 接 種

今日受ける予防接種の種類を下より選び、左枠内に番号を記載してください。

今日受ける予防接種の種類	番号	接種対象年齢
インフルエンザ（4価ワクチン）	20	65歳以上
高齢者用肺炎球菌（ポリサッカライド）	30	65歳

60歳以上65歳未満であって次の項目に該当する（身体障がい者手帳1級相当）市民でインフルエンザ及び成人用肺炎球菌予防接種を希望する方は該当する項目の口にチェックを入れてください。

- 心臓の機能の障がいにより自己の身の日常生活活動が極度に制限される方
- 腎臓の機能の障がいにより自己の身の日常生活活動が極度に制限される方
- 呼吸器の機能の障がいにより自己の身の日常生活活動が極度に制限される方
- ヒト免疫不全ウイルスによる免疫の機能の障がいにより日常生活がほとんど不可能な方

フリガナ ヨネウセツシユタロウ

氏名 **予防接種 太郎**

※ カナ氏名の間は1マス空ける  
※ 小文字は1マスで記入する  
※ フリガナは、左詰で記入する



請求様式

表面

請求書の様式に間違いはありませんか。  
新型コロナウイルスのみ、別様式となります。

「〇年〇月分」に記入するのは、  
予防接種実施申込書の接種日と同じ月です。  
※大阪市に公費請求をする月ではありません。

インフルエンザ等の請求について、「自己負担あり」、「自己負担なし」ごとに、枚数は正しくカウントし、記載されていますか。

請求年月日、医療機関コード、所在地、名称、  
電話番号の記入がされていますか。

【予防接種の接種日が令和6年4月1日以降の請求様式】

様式5-1(表面)

令和  年  月分 個別予防接種請求書

請求金額 金  円 (表面、裏面の合算額を記入ください)

【IPV予防接種】【実施申込書(報告書)の番号:75~78】		接種見合せ料
1期	1回目 <input type="text"/> 件 × @ 10,862 円	<input type="text"/> 件 × @ 3,470 円
	2回目 <input type="text"/> 件	
	3回目 <input type="text"/> 件	
追加	<input type="text"/> 件	
= <input type="text"/> 円		= <input type="text"/> 円

合計金額に間違いはありませんか。  
また、別途様式である新型コロナウイルスの  
接種費用を請求される場合は、合算をしないで  
ください。

2期	<input type="text"/> 件	件 × @ 10,285 円	= <input type="text"/> 円	接種見合せ料	<input type="text"/> 件 × @ 3,388 円	= <input type="text"/> 円
【インフルエンザ予防接種】【実施申込書(報告書)の番号:20】						
65歳以上 自己負担あり	<input type="text"/> 件	件 × @ 3,560 円	= <input type="text"/> 円	接種見合せ料	<input type="text"/> 件 × @ 3,168 円	= <input type="text"/> 円
65歳以上 自己負担なし	<input type="text"/> 件	件 × @ 5,060 円	= <input type="text"/> 円			
【高齢者用肺炎球菌予防接種】【実施申込書(報告書)の番号:30】						
自己負担あり	<input type="text"/> 件	件 × @ 4,065 円	= <input type="text"/> 円	接種見合せ料	<input type="text"/> 件 × @ 3,388 円	= <input type="text"/> 円
自己負担なし	<input type="text"/> 件	件 × @ 8,365 円	= <input type="text"/> 円			
【BCG予防接種】【実施申込書(報告書)の番号:96】						
1回	<input type="text"/> 件	件 × @ 11,715 円	= <input type="text"/> 円	接種見合せ料	<input type="text"/> 件 × @ 4,158 円	= <input type="text"/> 円

※ 日本脳炎、ヒブ、小児用肺炎球菌、子宮頸がん、水痘、B型肝炎、ロタウイルスの予防接種の請求は裏面です。  
※ DPT、DT1期、4/3オ、麻疹、風しんの予防接種の請求は様式5-2(※ホームページ「大阪市市民医療機関向け予防接種情報」に掲載しています)を使用ください。



以上のとおり請求します  
(提出先) 大阪市長

令和  年  月  日

(請求者) 医療機関コード   
施設コード   
所在地   
医療機関・施設名称   
開設者又は代表者   
電話番号  (必ず記入してください)

【注意】  
・枠内にはっきりご記入ください  
・予防接種申込書(報告書)を添付してください

請求様式  
裏面

(請求書表面の請求者欄は必ず記載してください)

【日本脳炎予防接種】【実施申込書(報告書)の番号:16~18】

1期	1回目	件	件 × @ 7,433	円
	2回目	件		
	追加	件	=	

【日本脳炎予防接種】【実施申込書(報告書)の番号:22】

経過措置	1回目	件	件 × @ 6,744	円
	2回目	件		
	追加	件	=	

※1期の経過措置分は、予防接種実施申込書(報告書)の記載番号が「22」であることを確認してください。  
 ※2期の接種者は13歳以上であっても経過措置ではなく2期に記載し、予防接種実施申込書(報告書)の記載番号が「19」であることを確認してください。

【日本脳炎予防接種】【実施申込書(報告書)の番号:19】

2期	件	件 × @ 7,205	円
----	---	-------------	---

【ヒブワクチン】【実施申込書(報告書)の番号:60~63】

初回	1回目	件	件 × @ 9,506	円
	2回目	件		
	3回目	件	=	
追加	件			

【小児用肺炎球菌ワクチン】【実施申込書(報告書)の番号:64~67】

初回	1回目	件	件 × @ 12,485	円
	2回目	件		
	3回目	件	=	
追加	件			

【子宮頸がん予防ワクチン(2価)】【実施申込書(報告書)の番号:68~70】

1回目	件	件 × @ 16,940	円
2回目	件		
3回目	件	=	

【子宮頸がん予防ワクチン(4価)】【実施申込書(報告書)の番号:81~83】

1回目	件	件 × @ 29,590	円
2回目	件		
3回目	件	=	

【水痘ワクチン】【実施申込書(報告書)の番号:79~80】

1回目	件	件 × @ 10,835	円
2回目	件	=	

【B型肝炎ワクチン】【実施申込書(報告書)の番号:88~90】

1回目	件	件 × @ 7,586	円
2回目	件		
3回目	件	=	

【ロタウイルスワクチン】【実施申込書(報告書)の番号:93~97】

ロタ	1回目	件	件 × @ 15,235	円
	2回目	件	=	
ア	1回目	件	件 × @ 10,208	円
	2回目	件		
	3回目	件	=	

様式5-1(裏面)

—接種見合せ料—

件 × @ 3,479	円
=	

—接種見合せ料—

件 × @ 2,790	円
=	

—接種見合せ料—

件 × @ 3,388	円
=	

—接種見合せ料—

件 × @ 2,920	円
=	

—接種見合せ料—

件 × @ 2,920	円
=	

—接種見合せ料—

件 × @ 2,192	円
=	

—接種見合せ料—

件 × @ 2,192	円
=	

—接種見合せ料—

件 × @ 5,643	円
=	

—接種見合せ料—

件 × @ 5,166	円
=	

—接種見合せ料—

件 × @ 4,158	円
=	

請求様式は、両面（表面・裏面）お送りください。  
 請求するワクチンの種別が、請求様式表面のみの場合であっても、必ず裏面をお送りください。