

予防接種医療機関実施申込書

令和 年 月 日

大阪市契約担当者
大阪市 健康局長 様

(実施医療機関)
所在地
名 称
氏名又は代表者氏名
(法人の所在地・名称が上記と異なる場合)
所在地
名 称
氏名又は代表者氏名

印

印

予防接種法第 5 条及び第 6 条の規定に基づき大阪市が実施する予防接種の業務に関する予防接種実施医療機関に申し込みます。なお、関係法令・貴市関係規定およびホームページ記載の契約条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、実施するものについては○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	実施する予防接種の種類		単価	
			接種料	見合わせ料
	日本脳炎予防接種	1 期	7, 4 9 5 円	3, 5 0 9 円
		2 期	7, 2 7 1 円	3, 4 2 1 円
		経過措置	6, 8 0 6 円	2, 8 1 9 円
	ジフテリア・百日せき・破傷風混合予防接種 (DPT・DT)	1 期	5, 5 8 7 円	3, 4 9 8 円
	風しん予防接種、麻しん予防接種	1 期	9, 0 6 4 円	5, 6 7 6 円
		2 期	7, 6 3 4 円	4, 2 4 6 円
	ジフテリア・破傷風混合予防接種 (DT)	2 期	5, 1 2 6 円	3, 4 2 1 円
	麻しん風しん混合予防接種	1 期	1 2, 6 0 6 円	5, 6 7 6 円
		2 期	1 0, 3 5 1 円	3, 4 2 1 円
	インフルエンザ予防接種 (高齢者)		5, 1 2 6 円	3, 2 0 1 円
	小児用肺炎球菌予防接種		1 2, 5 5 1 円	2, 9 4 5 円
	ヒブ予防接種		9, 5 7 2 円	2, 9 4 5 円
	子宮頸がん予防接種 (サーバリックス・ガーダシル)		1 7, 0 0 6 円	2, 2 1 8 円
	子宮頸がん予防接種 (シルガード 9)		2 9, 6 5 6 円	2, 2 1 8 円
	急性灰白髄炎 (ポリオ) 予防接種		9, 9 2 1 円	3, 4 9 8 円
	ジフテリア・百日せき・破傷風・急性灰白髄炎 (ポリオ) 混合予防接種 (DPT-IPV)	1 期	1 1, 0 3 3 円	3, 4 9 8 円
	高齢者用肺炎球菌予防接種		8, 4 3 1 円	3, 4 2 1 円
	水痘予防接種		1 0, 9 0 1 円	5, 6 7 6 円
	B 型肝炎予防接種 (小児)		8, 1 2 9 円	5, 1 9 9 円
	ロタウイルス感染症予防接種 (ロタリックス)		1 5, 3 0 1 円	4, 1 9 1 円
	ロタウイルス感染症予防接種 (ロタテック)		1 0, 2 7 4 円	4, 1 9 1 円
	ジフテリア・百日せき・破傷風・急性灰白髄炎 (ポリオ) ・ヒブ混合予防接種 (DPT-IPV-Hib)	1 期	1 9, 8 3 3 円	3, 4 9 8 円
	带状疱疹予防接種 (生ワクチン)		8, 7 5 6 円	3, 3 6 6 円
	带状疱疹予防接種 (組換えワクチン)		2 1, 9 5 6 円	3, 3 6 6 円
	麻しん風しん混合予防接種	5 期	1 0, 3 5 1 円	3, 4 2 1 円
	風しん予防接種	5 期	6, 8 0 9 円	3, 4 2 1 円

※ 本市では各種予防接種について、ホームページや紙媒体で接種可能な実施医療機関の一覧表を掲載しています。掲載の希望についてどちらかを○で囲んでください。
・医療機関一覧表 (ホームページ・紙媒体) への掲載を [希望する ・ 希望しない]