

高 齢 者 定 期 接 種 実 施 報 告 書

年 月 日

福 山 市 長 様

(医療機関名)

所 在 地

名 称

代 表 者

印

次のとおり高齢者を対象とする定期接種を実施しましたので、報告します。

【接種件数】

| 実 施 月                   |                 |                 | 年 月        |           |                 |       |                         |                  |              |
|-------------------------|-----------------|-----------------|------------|-----------|-----------------|-------|-------------------------|------------------|--------------|
| 種 別                     |                 |                 | 接種済み       |           |                 |       | 予診のみ<br>(診療に移行したものを含む。) |                  | 総合計<br>(①+②) |
|                         |                 |                 | 件数         | 合計<br>(①) | 年齢内訳            |       | 件数<br>(予診票枚数)           | 委託料請求<br>対象件数(②) |              |
|                         |                 |                 |            |           | 60歳～65歳<br>未満の方 | 65歳以上 |                         |                  |              |
| 高齢者<br>肺炎球菌             |                 | 個人<br>負担金<br>区分 | 低所得者<br>以外 | 件         | 件               | 件     | 件                       | 件                | 件            |
|                         |                 |                 | 低所得者       | 件         |                 |       |                         |                  |              |
| 高齢者<br>帯状<br>疱疹         | 生<br>ワクチン       | 個人<br>負担金<br>区分 | 低所得者<br>以外 | 件         | 件               | 件     | 件                       | 件                | 件            |
|                         |                 |                 | 低所得者       | 件         |                 |       |                         |                  |              |
|                         | 組<br>換え<br>ワクチン | 個人<br>負担金<br>区分 | 低所得者<br>以外 | 件         | 件               | 件     | 件                       | 件                | 件            |
|                         |                 |                 | 低所得者       | 件         |                 |       |                         |                  |              |
| 高齢者<br>インフルエンザ          |                 | 個人<br>負担金<br>区分 | 低所得者<br>以外 | 件         | 件               | 件     | 件                       | 件                | 件            |
|                         |                 |                 | 低所得者       | 件         |                 |       |                         |                  |              |
| 高齢者<br>新型コロナ<br>ウイルス感染症 |                 | 個人<br>負担金<br>区分 | 低所得者<br>以外 | 件         | 件               | 件     | 件                       | 件                | 件            |
|                         |                 |                 | 低所得者       | 件         |                 |       |                         |                  |              |
| 合 計 (予診票枚数と一致)          |                 |                 |            | 件         | 件               | 件     | 件                       |                  |              |

【注意事項】

・報告書、予診票の提出期限は、接種月の翌月10日です。(ただし、3月分は3月31日)※肺炎球菌は2か月に1回