

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
称者

福山市三吉町南二丁目11番22号
すこやか病院
すこやか 太郎

朱印
印

件数を訂正した際は、二重線で見え消しし、右の朱印と同じ印かんで訂正印を押印してください。

次のとおり高齢者定期接種を実施しましたので、報告します。

接種年月を記入
※肺炎球菌の報告月は、()書きで前月も表記してください。
(例)5月(4月)[肺炎球菌の報告がある場合のみ。]

【接種件数】

実施月			年 月									
実施した予防接種ごとに件数を記入			接種済み					予診のみ (診療に移行したものを含む。)		総合計 (①+②)		
			合計 (①)	年齢内訳		件数 (予診票枚数)	委託料請求 対象件数(②)					
				60歳～65歳 未満の方	65歳以上							
高齢者 肺炎球菌	個人 負担金 区分	低所得者 以外	件	件	件	件	件	件				
		低所得者	件	件	件	件	件	件				
高齢者 带状疱疹	生 ワクチン	低所得者 以外	件	件	件	件	件	件				
		低所得者	件	件	件	件	件	件				
	ワクチン 組換え	低所得者 以外	件	件	件	件	件	件				
		低所得者	件	件	件	件	件	件				
高齢者 インフルエンザ	個人 負担金 区分	低所得者 以外	件	件	件	件	件	件				
		低所得者	件	件	件	件	件	件				
高齢者 新型コロナ ウイルス感染症	個人 負担金 区分	低所得者 以外	件	件	件	件	件	件				
		低所得者	件	件	件	件	件	件				
合 計 (予診票枚数と一致)			件	件	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