

下 関 市 長      様

医療機関所在地

医 療 機 関 名

代 表 者 名

## 令和 8 年度新型コロナウイルス感染症定期予防接種実施報告書 (令和          年          月分)

下記のとおり実施しましたので報告いたします。

内      訳

| 対      象      者                |                                       | 接種人員<br>(公費負担対象分) | 委託単価    | 委託料 |
|--------------------------------|---------------------------------------|-------------------|---------|-----|
| 65歳以上                          | 一                  般<br>(自己負担額4,680円) | 人                 | 10,920円 | 円   |
|                                | 生活保護受給者<br>(自己負担額なし)<br>(注2)          | 人                 | 15,600円 | 円   |
| 60歳以上65歳未満<br>心疾患等のある者<br>(注1) | 一                  般<br>(自己負担額4,680円) | 人                 | 10,920円 | 円   |
|                                | 生活保護受給者<br>(自己負担額なし)<br>(注2)          | 人                 | 15,600円 | 円   |
| 予診の結果、接種を見合わせた者<br>(自己負担額なし)   |                                       | 人                 | 1,397円  | 円   |
| 合          計                   |                                       | 人                 |         | 円   |

(注1) 60歳以上65歳未満であって、心臓、腎臓、又は呼吸器の機能に自己の身の日常生活活動が極度に制限される程度の障害を有する者及びヒト免疫不全ウイルスによる免疫の機能に日常生活がほとんど不可能な程度の障害を有する者(身体障害者手帳1級程度)については、必ず医師の診断書または身体障害者手帳の写しを添付すること。(※必ず障害区分及びその等級がわかる箇所をコピーして下さい。)

(注2) 生活保護を受給している者については、必ず生活保護受給者証を確認し、予診票の確認済の欄にチェックをつけること。

※山口県医師会作成の予診票を使用される場合は、予診票の左上空欄に「生活保護受給者証確認済」と朱書きしてください。