

平成 29 年 12 月 22 日

会 員 各 位

柏市医師会

会 長 金 江 清

担当理事 柳 川 幸 重

平成 30 年度柏市個別予防接種の実施について

平成 30 年度の柏市個別予防接種事業の実施協力依頼が柏市よりありました。当該事業に参加される医療機関におかれましては、承諾書の提出により接種医師の登録をお願い申し上げます。**承諾書提出は、医師会事務所へ平成 30 年 1 月 12 日（金）まで**（期限を過ぎて提出された場合、名簿一覧等に掲載されないことがございます）をお願いします。

*** 承諾印を確認しますので、原本をお送り下さい。**また、承諾書につきましては柏市医師会ホームページからもダウンロードできます。

* 委託期間：平成 30 年 4 月 1 日から平成 31 年 3 月 31 日まで
ただし高齢者インフルエンザ予防接種は、市が別途指定する期間
（例年 10 月 1 日～翌年 1 月 31 日まで）

* 委託料：平成 29 年度の委託料を提示。平成 30 年度も変更はない予定です。

* 変更がありました際にはお知らせいたします。

< 定期予防接種 > 単位 円

	予防接種の種類	委託料	予防接種の種類	委託料
A 類	小児用肺炎球菌（13 価）	11,761	2 種混合	4,554
	ヒブ（H i b）	8,306	子宮頸がん	14,910
	4 種混合	11,113	B C G	8,290
	単独不活化ポリオ（初回・追加）	9,721	麻しん 1 期	8,074
	MR1 期	11,604	麻しん 2 期	6,774
	MR2 期	10,304	風しん 1 期	8,085
	日本脳炎（0 歳～6 歳）	7,325	風しん 2 期	6,785
	日本脳炎（7 歳～）	5,460	水痘	9,910
	不適格者	2,335	乳児 B 型肝炎	6,311

	予防接種の種類	委託料	自己負担額	予防接種の種類	委託料	自己負担額
B 類	高齢者インフルエンザ	2,671	1,500	高齢者肺炎球菌	5,209	3,000
	高齢者インフルエンザ*	4,171	0	高齢者肺炎球菌*	8,209	0
	不適格者	1,770		不適格者	1,770	

* 生活保護受給世帯の者

< 柏市風しん等予防接種費用助成による予防接種（柏市風しん予防接種費用助成事業） >

助成額：3,000 円を予定

< 風しん抗体検査（感染症の予防及び感染症の患者に対する医療に関する法律） >

助成額：6,690 円を予定

< 柏市任意おたふくかぜ予防接種費用助成 >

助成額：1 回 2,500 円を上限として、2 回までを予定

承諾書の提出について

承諾書は、医療機関代表者の印と接種医師の印が押された原本の提出が必要になります。医師会事務所まで、郵送または持参にてお届けいただきますようお願い申し上げます。

接種医師 10 名までは、様式 1 にて提出してください。接種項目が同じである医師が 10 名以上になりましたら、様式 2 を使用して、必ず様式 1 にホチキス等で留めて接種項目が同定できるようにしてください。(様式 1、2 共に、柏市医師会ホームページからエクセル形式でダウンロードできます。)

【様式 1】同封の用紙をご使用ください。ダウンロードの場合は用紙サイズ A 3 でご提出ください。

柏市医師会様
 柏市 様
 医療機関名
 所在地
 電話番号
 所長(医)院長氏名

平成 年 月 日

4 予防疫種実施協力書
 次の医師が予防疫種に協力します。

No.	接種医師氏名	印	柏市医師会	No.	接種医師氏名	印	柏市医師会
1			会員・非会員	6			会員・非会員
2			会員・非会員	7			会員・非会員
3			会員・非会員	8			会員・非会員
4			会員・非会員	9			会員・非会員
5			会員・非会員	10			会員・非会員

5 柏市指定医療機関名簿の掲載、柏市ホームページでの掲載について
 市民への情報提供として掲載してよい場合は〇を、不要な場合は×を記入してください。

柏市医師会指定 予防疫種医師簿

柏市医師会
 会長 会 長 印

医療機関管理者印の捺印が必要です。

接種医師印の捺印が必要です。接種医師として予定されている先生は、すべて登録してください。

医療機関管理者印の捺印が必要です。

【様式 2】◎接種医師が 10 名以上の場合にお使いください。

4 予防疫種実施協力書 (別紙)
 次の医師が予防疫種に協力します。

No.	接種医師氏名	印	柏市医師会	No.	接種医師氏名	印	柏市医師会
11			会員・非会員	31			会員・非会員
12			会員・非会員	32			会員・非会員
13			会員・非会員	33			会員・非会員
14			会員・非会員	34			会員・非会員
15			会員・非会員	35			会員・非会員
16			会員・非会員	36			会員・非会員
17			会員・非会員	37			会員・非会員
18			会員・非会員	38			会員・非会員
19			会員・非会員	39			会員・非会員
20			会員・非会員	40			会員・非会員
21			会員・非会員	41			会員・非会員
22			会員・非会員	42			会員・非会員
23			会員・非会員	43			会員・非会員
24			会員・非会員	44			会員・非会員
25			会員・非会員	45			会員・非会員
26			会員・非会員	46			会員・非会員
27			会員・非会員	47			会員・非会員
28			会員・非会員	48			会員・非会員
29			会員・非会員	49			会員・非会員
30			会員・非会員	50			会員・非会員

接種医師名印の捺印が必要です。
 【様式 1】と併せて提出ください。

接種医師名印の捺印が必要です。
 【様式 1】と併せて提出ください。