

平成 30 年 12 月 21 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 3 1 ( 2 0 1 9 ) 年度柏市個別予防接種の実施について

平成 3 1 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 3 1 年 1 月 1 1 日 ( 金 ) まで** ( 期限を過ぎて提出の場合は、市民への広報名簿 ( 初版 ) に掲載されません ) にお願ひします。

**\* 承諾印を確認しますので、原本をお送り下さい。**

\* 承諾書用紙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：2019 年 4 月 1 日から 2020 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  
( 10 月 1 日 ~ 翌年 1 月 31 日まで )

\* 委託料：下記の通り

< 定期予防接種 > 単位 円 消費税 8% の委託料です。消費税 10% 改定後につきましては確認中です。

	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 ( DT )	4, 574
	ヒブ ( H i b )	8, 306	子宮頸がん	14, 930
	4 種混合 ( DTP-IPV )	11, 005	B C G	8, 310
	3 種混合 ( DPT )	5, 616	麻しん 1 期	8, 094
	不活化ポリオ ( IPV )	9, 721	麻しん 2 期	6, 794
	麻しん風しん混合 ( MR ) 1 期	11, 604	風しん 1 期	8, 105
	麻しん風しん混合 ( MR ) 2 期	10, 304	風しん 2 期	6, 805
	日本脳炎 ( 0 歳 ~ 6 歳 )	7, 345	水痘	9, 930
	日本脳炎 ( 7 歳 ~ )	5, 480	乳児 B 型肝炎	6, 335
	不適格者 ( A 類 )	2, 335		

	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 <sup>※</sup>	2, 671	1, 500	高齢者肺炎球菌	5, 163	3, 000
	高齢者インフルエンザ <sup>※*</sup>	4, 171	0	高齢者肺炎球菌*	8, 163	0
	不適格者	1, 770		不適格者	1, 770	

( 高齢者肺炎球菌の対象者については、平成 31 年度より「65 歳のみ」に変更予定です )

<sup>※</sup>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, 740 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、原本を郵送または持参にてお届け頂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。

元号が変わりますので西暦で記載してください。

接種医師の捺印が必要です。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。

No.	接種医師氏名	印	接種医師氏名	印	柏市医師会
11	〇〇 〇〇	印	〇〇 〇〇	印	〇〇 〇〇
12	〇〇 〇〇	印	〇〇 〇〇	印	〇〇 〇〇
13	〇〇 〇〇	印	〇〇 〇〇	印	〇〇 〇〇
14	〇〇 〇〇	印	〇〇 〇〇	印	〇〇 〇〇
15	〇〇 〇〇	印	〇〇 〇〇	印	〇〇 〇〇
16	〇〇 〇〇	印	〇〇 〇〇	印	〇〇 〇〇
17	〇〇 〇〇	印	〇〇 〇〇	印	〇〇 〇〇
18	〇〇 〇〇	印	〇〇 〇〇	印	〇〇 〇〇
19	〇〇 〇〇	印	〇〇 〇〇	印	〇〇 〇〇
20	〇〇 〇〇	印	〇〇 〇〇	印	〇〇 〇〇
21	〇〇 〇〇	印	〇〇 〇〇	印	〇〇 〇〇
22	〇〇 〇〇	印	〇〇 〇〇	印	〇〇 〇〇
23	〇〇 〇〇	印	〇〇 〇〇	印	〇〇 〇〇
24	〇〇 〇〇	印	〇〇 〇〇	印	〇〇 〇〇
25	〇〇 〇〇	印	〇〇 〇〇	印	〇〇 〇〇
26	〇〇 〇〇	印	〇〇 〇〇	印	〇〇 〇〇
27	〇〇 〇〇	印	〇〇 〇〇	印	〇〇 〇〇
28	〇〇 〇〇	印	〇〇 〇〇	印	〇〇 〇〇
29	〇〇 〇〇	印	〇〇 〇〇	印	〇〇 〇〇
30	〇〇 〇〇	印	〇〇 〇〇	印	〇〇 〇〇

接種医師名の捺印が必要です。  
【様式 1】と併せて提出ください。

\* 予防接種法施行令第 4 条により、市長は予防接種を行う医師の氏名及び予防接種の場所を公告して行うこととされていますので、変更のある場合は、速やかに届出を行ってください。