



福岡医発第2041号
平成24年11月21日

各 医 師 会 長 殿

福 岡 県 医 師 会
会 長 松 田 峻一良
(公 印 省 略)

四種混合ワクチン（DPT-IPV）導入に係る福岡県定期予防接種広域接種について

福岡県定期予防接種広域化事業につきましては、日頃よりご協力を賜り厚く御礼申し上げます。

さて、本年11月1日より、百日せき・ジフテリア・破傷風・不活化ポリオ（セービン株）を含む混合ワクチン（DPT-IPV）が導入されました。これに伴い、今般、平成24年度福岡県定期予防接種広域接種に関する変更契約を各市町村と締結いたしました。

つきましては、下記について、貴会管下予防接種広域化実施協力医療機関への周知方よろしくお願い申し上げます。

記

- 1) 県内全市町村において広域接種が実施されることになりましたので、平成24年度各市町村予防接種広域接種実施一覧（別紙1）をご確認ください。
- 2) 各市町村の接種料金は、平成24年度各市町村四種混合ワクチン接種料金一覧表（別紙2）をご確認ください。
- 3) 定期予防接種実績報告書兼請求書（様式第2号-1, 2, 3）に「四種混合」を追加しましたので、（別紙3-1, 2, 3）をご確認ください。
- 4) 委任書（様式第1号）に「DPT-IPV」を追加し、変更届（様式第4号）に医療機関名記載欄を加えております。（別紙4）、（別紙5）でご確認ください。
- 5) 本件につきましては、本会ホームページ「福岡県定期予防接種広域化について（医師向け）」に掲載いたします。（<https://www.fukuoka.med.or.jp/>）

小郡三井医師会より

予防接種担当理事 松行眞門
会長 蒲池 壽

[illegible]

平成24年度 各市町村予防接種広域接種実施一覧

[illegible]

平成24年度各市町村四種混合ワクチン接種料金一覧表

	市町村名	契約締結	接種料金	接種料金(予診のみ)	開始時期	接種期間		
1	北九州市	○	10,925	2,835	H24.11.1	H24.11.1	～	H25.3.31
2	福岡市	○	接種地の料金	接種地の料金	H24.11.1	H24.11.1	～	H25.3.31
3	大牟田市	○	9,780	2,670	H24.11.1	H24.11.1	～	H25.3.31
4	中間市	○	6歳未満 10,823	2,835	H24.11.1	H24.11.1	～	H25.3.31
			6歳以上 10,067					
5	芦屋町	○	6歳未満 10,823	2,835	H24.11.1	H24.11.1	～	H25.3.31
			6歳以上 10,067					
6	水巻町	○	6歳未満 10,823	2,835	H24.11.1	H24.11.1	～	H25.3.31
			6歳以上 10,067					
7	岡垣町	○	6歳未満 10,823	2,835	H24.11.1	H24.11.1	～	H25.3.31
			6歳以上 10,067					
8	遠賀町	○	6歳未満 10,823	2,835	H24.11.1	H24.11.1	～	H25.3.31
			6歳以上 10,067					
9	行橋市	○	6歳未満 10,610	2,840	H24.11.1	H24.11.1	～	H25.3.31
			6歳以上 9,850					
10	苅田町	○	6歳未満 10,720	3,700	H24.11.1	H24.11.1	～	H25.3.31
			6歳以上 9,960	2,940				
11	みやこ町	○	6歳未満 10,430 (再診 8,590)	初診 3,420 再診 1,580	H24.11.1	H24.11.1	～	H25.3.31
			6歳以上 9,710 (再診 8,240)	初診 2,700 再診 1,230				
12	豊前市	○	9,330	乳幼児1,610 その他1,260	H24.11.1	H24.11.1	～	H25.3.31
13	築上町	○	9,330	1,300	H24.11.1	H24.11.1	～	H25.3.31
14	吉富町	○	9,430	2,500	H24.11.1	H24.11.1	～	H25.3.31
15	上毛町	○	9,430	2,500	H24.11.1	H24.11.1	～	H25.3.31
16	春日市	○	11,676	2,835	H24.11.1	H24.11.1	～	H25.3.31
17	大野城市	○	11,676	2,835	H24.11.1	H24.11.1	～	H25.3.31
18	筑紫野市	○	11,676	2,835	H24.11.1	H24.11.1	～	H25.3.31
19	太宰府市	○	11,676	2,835	H24.11.1	H24.11.1	～	H25.3.31
20	那珂川町	○	11,676	2,835	H24.11.1	H24.11.1	～	H25.3.31

平成24年度各市町村四種混合ワクチン接種料金一覧表

	市町村名	契約締結	接種料金	接種料金(予診のみ)	開始時期	接種期間		
21	糸島市	○	12,220	3,326	H24.11.1	H24.11.1	～	H25.3.31
22	宇美町	○	10,448	2,835	H24.11.1	H24.11.1	～	H25.3.31
23	篠栗町	○	10,448	2,835	H24.11.1	H24.11.1	～	H25.3.31
24	志免町	○	10,448	2,835	H24.11.1	H24.11.1	～	H25.3.31
25	須恵町	○	10,448	2,835	H24.11.1	H24.11.1	～	H25.3.31
26	新宮町	○	10,448	2,835	H24.11.1	H24.11.1	～	H25.3.31
27	古賀市	○	10,448	2,835	H24.11.1	H24.11.1	～	H25.3.31
28	久山町	○	10,448	2,835	H24.11.1	H24.11.1	～	H25.3.31
29	粕屋町	○	10,448	2,835	H24.11.1	H24.11.1	～	H25.3.31
30	宗像市	○	10,952	2,920	H24.11.1	H24.11.1	～	H25.3.31
31	福津市	○	10,952	2,920	H24.11.1	H24.11.1	～	H25.3.31
32	直方市	○	10,530	1,410	H24.11.1	H24.11.1	～	H25.3.31
			9,810	690				
33	小竹町	○	6歳未満 10,530	1,410	H24.11.1	H24.11.1	～	H25.3.31
			6歳以上 9,810	690				
34	鞍手町	○	6歳未満 10,530	1,410	H24.11.1	H24.11.1	～	H25.3.31
			6歳以上 9,810	690				
35	宮若市	○	6歳未満 10,530	1,410	H24.11.1	H24.11.1	～	H25.3.31
			6歳以上 9,810	690				
36	田川市	○	9,500	1,000	H24.11.1	H24.11.1	～	H25.3.31
37	香春町	○	9,500	1,000	H24.11.1	H24.11.1	～	H25.3.31
38	添田町	○	9,500	1,000	H24.11.1	H24.11.1	～	H25.3.31
39	福智町	○	9,500	1,000	H24.11.1	H24.11.1	～	H25.3.31
40	糸田町	○	9,500	1,000	H24.11.1	H24.11.1	～	H25.3.31
41	川崎町	○	9,500	1,000	H24.11.1	H24.11.1	～	H25.3.31
42	大任町	○	9,500	1,000	H24.11.1	H24.11.1	～	H25.3.31
43	赤村	○	9,500	1,000	H24.11.1	H24.11.1	～	H25.3.31
44	飯塚市	○	10,030	1,590	H24.11.1	H24.11.1	～	H25.3.31

平成24年度各市町村四種混合ワクチン接種料金一覧表

	市町村名	契約締結	接種料金	接種料金(予診のみ)	開始時期	接種期間		
45	桂川町	○	10,030	1,590	H24.11.1	H24.11.1	～	H25.3.31
46	嘉麻市	○	10,030	1,590	H24.11.1	H24.11.1	～	H25.3.31
47	久留米市	○	12,054	6歳未満 2,835	H24.11.1	H24.11.1	～	H25.3.31
				6歳以上 1,270				
48	八女市	○	10,636	2,835	H24.11.1	H24.11.1	～	H25.3.31
49	筑後市	○	10,636	2,835	H24.11.1	H24.11.1	～	H25.3.31
50	広川町	○	10,636	2,835	H24.11.1	H24.11.1	～	H25.3.31
51	朝倉市	○	9,870	1,669	H24.11.1	H24.11.1	～	H25.3.31
52	筑前町	○	9,870	1,669	H24.11.1	H24.11.1	～	H25.3.31
53	東峰村	○	9,870	1,669	H24.11.1	H24.11.1	～	H25.3.31
54	小郡市	○	10,550	2,830	H24.11.1	H24.11.1	～	H25.3.31
55	大刀洗町	○	10,550	2,830	H24.11.1	H24.11.1	～	H25.3.31
56	大川市	○	10,741	6歳未満 2,835	H24.11.1	H24.11.1	～	H25.3.31
				6歳以上 1,270				
57	大木町	○	10,741	6歳未満 2,835	H24.11.1	H24.11.1	～	H25.3.31
				6歳以上 1,270				
58	柳川市	○	乳幼児 10,579	2,961	H24.11.1	H24.11.1	～	H25.3.31
			小学生 10,185					
59	みやま市	○	乳幼児 10,579	2,961	H24.11.1	H24.11.1	～	H25.3.31
			小学生 10,185					
60	うきは市	○	11,187	1,812	H24.11.1	H24.11.1	～	H25.3.31

平成 年 月 日

定期予防接種実績報告書兼請求書（広域分）
（ 月分）

市町村長 殿

所在地
医療機関名
※代表者名
電話番号

印

添付予診票のとおり、予防接種が完了いたしましたので、下記のとおり請求します。

記

ワクチン	単価	件数	請求額	ワクチン	単価	件数	請求額
四種混合							
三種混合							
二種混合							
麻しん							
風しん							
M R							
日本脳炎 乾燥細胞ワクチン							
BCG							
高齢者インフルエンザ							
高齢者インフルエンザ 自己負担免除者							
ポリオ							
不可問診							
				合 計	円		

※ 年齢等により単価が異なる場合は、空欄をご利用のうえ請求して下さい。

(振込先金融機関)				口座名義人	
銀行		支店		フリガナ 氏 名	
預金 種目	普通預金 当座預金 貯蓄預金	口座 番号			

※ 代表者名は、委任書（福岡県医師会へ提出）に記載した管理者名となります。

平成 年 月 日

定期予防接種実績報告書兼請求書（広域分）
（ 月分）

医師会長 殿

所 在 地

医療機関名

※代表者名

印

電 話 番 号

添付予診票のとおり、予防接種が完了いたしましたので、下記のとおり請求します。

記

ワクチン 市町村	四種混合	三種混合	二種混合	麻しん	風しん	M R	日本脳 炎 乾燥細胞 ワクチン	BCG	インフルエンザ	インフルエンザ 自己負担 免除者	ホリタ	計
ワクチン 市町村	不可問診											計

(振込先金融機関)				口座名義人	
銀行		支店		フリガナ 氏名	
預金 種目	普通預金 当座預金 貯蓄預金	口座 番号			

※ 代表者名は、委任書（福岡県医師会へ提出）に記載した管理者名となります。

平成 年 月 日

定期予防接種実績報告書兼請求書（広域分）
（ 月分）

市町村長 殿

所在地
医師会名
会長名

印

添付予診票のとおり、予防接種が完了いたしましたので、下記のとおり請求します。

記

ワクチン	単価	件数	請求額	ワクチン	単価	件数	請求額
四種混合							
三種混合							
二種混合							
麻しん							
風しん							
M R							
日本脳炎 乾燥細胞ワクチン							
BCG							
高齢者インフルエンザ*							
高齢者インフルエンザ* 自己負担免除者							
ポリオ							
不可問診							
				合 計	円		

※ 年齢等により単価が異なる場合は、空欄をご利用のうえ請求して下さい。

(振込先金融機関)

銀行 支店				口座名義人
				フリガナ 氏名
預金種目	普通預金 当座預金 貯蓄預金	口座番号		

(様式第 1 号)

委 任 書

定期予防接種広域化に係わる契約について、福岡県医師会会長を代理人と定め、その手続きを委任いたします。

平成 年 月 日

〒

住 所 _____

医療機関名 _____

T E L _____

管理者名 _____ 印

【広域接種実施項目】※実施項目に○をご記入下さい。

DPT-IPV	DPT	D T	麻しん 1・2 期	麻しん 3・4 期	風しん 1・2 期	風しん 3・4 期
M R 1・2 期	M R 3・4 期	日本脳炎	BCG	高齢者 インフル	ポリオ	

変 更 届

定期予防接種広域化に係わる契約について、下記のとおり変更いたします。

平成 年 月 日

【変更前】

住 所 _____

医療機関名 _____

管理者名 _____

その他 _____

【変更後】

住 所 _____

医療機関名 _____

管理者名 _____

その他 _____

【広域接種実施項目の変更】

※実施項目を変更される場合は、変更後の実施項目全てに○をご記入下さい。

DPT-IPV	DPT	D T	麻しん 1・2 期	麻しん 3・4 期	風しん 1・2 期	風しん 3・4 期
M R 1・2 期	M R 3・4 期	日本脳炎	BCG	高齢者 インフル	ポリオ	

住 所 _____

医療機関名 _____

管理者名 _____