



福岡医発第1567号(地)
平成24年9月19日

各 医 師 会 長 殿

福 岡 県 医 師 会
会 長 松 田 峻一良
(公 印 省 略)

不活化ポリオワクチン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9月1日より、ポリオの定期接種ワクチンが不活化ポリオワクチンに一斉に切り替わったため、各市町村においては、医療機関での個別接種へ変更となりました。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年度各市町村ポリオ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「ポリオ」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)、変更届(様式第4号)に「ポリオ」を追加しましたので、(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

別 紙 1

[illegible]

平成24年度 各市町村予防接種広域接種実施一覧

[illegible]

市町村名	接種料金	接種料金(予診のみ)	開始時期	接種期間
北九州市	9,717	2,835	H24.9.1	H24.9.1 ~ H25.3.31
福岡市	接種地の料金	接種地の料金	H24.9.1	H24.9.1 ~ H25.3.31
大牟田市	8,572	2,670	H24.9.1	H24.9.1 ~ H25.3.31
中間市	8,964(6歳以上)	2,835	H24.9.1	H24.9.1 ~ H25.3.31
	9,720(6歳未満)			
芦屋町	8,964(6歳以上)	2,835	H24.9.1	H24.9.1 ~ H25.3.31
	9,720(6歳未満)			
水巻町	8,964(6歳以上)	2,835	H24.9.1	H24.9.1 ~ H25.3.31
	9,720(6歳未満)			
岡垣町	8,964(6歳以上)	2,835	H24.9.1	H24.9.1 ~ H25.3.31
	9,720(6歳未満)			
遠賀町	8,964(6歳以上)	2,835	H24.9.1	H24.9.1 ~ H25.3.31
	9,720(6歳未満)			
行橋市	8,750(6歳以上)	2,840	H24.9.1	H24.9.1 ~ H25.3.31
	9,500(6歳未満)			
苅田町	8,860(6歳以上)	2,940(6歳以上)	H24.9.1	H24.9.1 ~ H25.3.31
	9,620(6歳未満)	3,700(6歳未満)		
みやこ町	別紙①	別紙①	H24.9.1	H24.9.1 ~ H25.3.31
豊前市	8,230	1,260(その他)	H24.9.1	H24.9.1 ~ H25.3.31
		1,610(乳幼児)		
築上町	8,220	1,300	H24.9.1	H24.9.1 ~ H25.3.31
吉富町	8,220	2,500	H24.9.1	H24.9.1 ~ H25.3.31
上毛町	8,220	2,500	H24.9.1	H24.9.1 ~ H25.3.31
春日市	9,849	2,835	H24.9.1	H24.9.1 ~ H25.3.31
大野城市	9,849	2,835	H24.9.1	H24.9.1 ~ H25.3.31
筑紫野市	9,849	2,835	H24.9.1	H24.9.1 ~ H25.3.31
太宰府市	9,849	2,835	H24.9.1	H24.9.1 ~ H25.3.31
那珂川町	9,849	2,835	H24.9.1	H24.9.1 ~ H25.3.31
糸島市	11,065	3,326	H24.9.1	H24.9.1 ~ H25.3.31
宇美町	9,293	2,835	H24.9.1	H24.9.1 ~ H25.3.31
篠栗町	9,293	2,835	H24.9.1	H24.9.1 ~ H25.3.31
志免町	9,293	2,835	H24.9.1	H24.9.1 ~ H25.3.31
須恵町	9,293	2,835	H24.9.1	H24.9.1 ~ H25.3.31
新宮町	9,293	2,835	H24.9.1	H24.9.1 ~ H25.3.31
古賀市	9,293	2,835	H24.9.1	H24.9.1 ~ H25.3.31
久山町	9,293	2,835	H24.9.1	H24.9.1 ~ H25.3.31
粕屋町	9,293	2,835	H24.9.1	H24.9.1 ~ H25.3.31

平成24年度 各市町村ポリオワクチン接種料金一覧表

市町村名	接種料金	接種料金(予診のみ)	開始時期	接種期間
宗像市	9,849	2,920	H24.9.1	H24.9.1 ~ H25.3.31
福津市	9,849	2,920	H24.9.1	H24.9.1 ~ H25.3.31
直方市	8,603(6歳以上)	690(6歳以上)	H24.9.1	H24.9.1 ~ H25.3.31
	9,323(6歳未満)	1,410(6歳未満)		
小竹町	8,603(6歳以上)	690(6歳以上)	H24.9.1	H24.9.1 ~ H25.3.31
	9,323(6歳未満)	1,410(6歳未満)		
鞍手町	8,603(6歳以上)	690(6歳以上)	H24.9.1	H24.9.1 ~ H25.3.31
	9,323(6歳未満)	1,410(6歳未満)		
宮若市	8,603(6歳以上)	690(6歳以上)	H24.9.1	H24.9.1 ~ H25.3.31
	9,323(6歳未満)	1,410(6歳未満)		
田川市	8,400	1,000	H24.9.1	H24.9.1 ~ H25.3.31
香春町	8,400	1,000	H24.9.1	H24.9.1 ~ H25.3.31
添田町	8,400	1,000	H24.9.1	H24.9.1 ~ H25.3.31
福智町	8,400	1,000	H24.9.1	H24.9.1 ~ H25.3.31
糸田町	8,400	1,000	H24.9.1	H24.9.1 ~ H25.3.31
川崎町	8,400	1,000	H24.9.1	H24.9.1 ~ H25.3.31
大任町	8,400	1,000	H24.9.1	H24.9.1 ~ H25.3.31
赤村	8,400	1,000	H24.9.1	H24.9.1 ~ H25.3.31
飯塚市	9,603	1,590	H24.9.1	H24.9.1 ~ H25.3.31
桂川町	9,603	1,590	H24.9.1	H24.9.1 ~ H25.3.31
嘉麻市	9,603	1,590	H24.9.1	H24.9.1 ~ H25.3.31
久留米市	10,951	1,270(6歳以上)	H24.9.1	H24.9.1 ~ H25.3.31
		2,835(6歳未満)		
八女市	9,534	2,835	H24.9.1	H24.9.1 ~ H25.3.31
筑後市	9,534	2,835	H24.9.1	H24.9.1 ~ H25.3.31
広川町	9,534	2,835	H24.9.1	H24.9.1 ~ H25.3.31
朝倉市	8,768	1,669	H24.9.1	H24.9.1 ~ H25.3.31
筑前町	8,768	1,669	H24.9.1	H24.9.1 ~ H25.3.31
東峰村	8,768	1,669	H24.9.1	H24.9.1 ~ H25.3.31
小郡市	9,390	2,830	H24.9.1	H24.9.1 ~ H25.3.31
大刀洗町	9,390	2,830	H24.9.1	H24.9.1 ~ H25.3.31
大川市	9,534	1,270(6歳以上)	H24.9.1	H24.9.1 ~ H25.3.31
		2,835(6歳未満)		
大木町	9,534	1,270(6歳以上)	H24.9.1	H24.9.1 ~ H25.3.31
		2,835(6歳未満)		
柳川市	10,106	3,623	H24.9.1	H24.9.1 ~ H25.3.31
みやま市	10,106	3,623	H24.9.1	H24.9.1 ~ H25.3.31
うきは市	10,900	1,812	H24.9.1	H24.9.1 ~ H25.3.31

予防接種委託料単価表(消費税及び地方消費税を含む)

予防接種名	年齢	初診 注射あり	初診 注射なし	再診 注射あり	再診 注射なし	備 考
三種混合	6歳未満	5,190	3,420	3,350	1,580	委託料の算定方法 (ワクチン単価+手技料)
	6歳以上	4,470	2,700	3,000	1,230	
二種混合	6歳未満	4,950	3,420	3,110	1,580	
	6歳以上	4,230	2,700	2,760	1,230	
MR (3期・4期含む)	6歳未満	9,900	3,420	8,060	1,580	
	6歳以上	9,180	2,700	7,710	1,230	
日本脳炎	6歳未満	7,070	3,420	5,230	1,580	
	6歳以上	6,350	2,700	4,880	1,230	
麻しん (3期・4期含む)	6歳未満	6,460	3,420	4,620	1,580	
	6歳以上	5,740	2,700	4,270	1,230	
風しん (3期・4期含む)	6歳未満	6,450	3,420	4,610	1,580	
	6歳以上	5,730	2,700	4,260	1,230	
ポリオ	6歳未満	9,330	3,420	7,490	1,580	
	6歳以上	8,610	2,700	7,140	1,230	

(注)再診とは・・・接種不可後、再度接種する場合をいう。

第3条の(8) (集団接種漏れ者)

予防接種名	年齢	単価	接種不可
BCG	6歳未満	7,270	2,840

(注)接種不可の請求について

- ・接種不可と判断し、それが原因で治療を受けた時は請求できない。
- ・受付の段階で予診票のみで接種不可と判断した時は請求できない。

インフルエンザ	65歳以上	疾病障害者(60～64歳)	生保(無料)
	(個人負担金:1,000円徴収あり)	(個人負担金:1,000円徴収あり)	(個人負担金なし)

※ 個人負担金は、1,000円/人 徴収して下さい。

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
三種混合				ポリオ			
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							
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		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	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	計
ワクチン 市町村	不可問診	ポリオ								計

(振込先金融機関)				口座名義人	
銀行		支店		ワカナ 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
三種混合				ポリオ			
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							
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			

別 紙 4

(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	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

(様式第4号)

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	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