

令和 7 年 4 月

京都市定期予防接種協力医療機関 各位

京都市保健福祉局  
医療衛生推進室医療衛生企画課  
(予防接種担当 222-4421)

## 風しん任意予防接種に係る関係書類の送付について

日頃は、本市保健衛生行政に御理解と御協力を賜り厚く御礼申し上げます。  
本市が実施している風しんの予防接種事業につきまして、引き続き令和7年度も実施するに当たり、下記のとおり必要書類をお送りいたします。  
御査収のうえ、よろしくお取り計らいくださいますようお願いいたします。

## 記

## ○送付書類

1 風しん任意予防接種の手引	…	1部
2 風しん任意予防接種実施のお知らせ	…	10部
3 風しん任意予防接種予診票	…	10部
4 風しん任意予防接種受託報酬請求書	…	8部

## (留意点)

- 国内での麻しん（はしか）の感染事例の報告を受け、MRワクチンの需要が高まっていますので、風しん抗体価を必ず確認し、必要な方に接種いただきますよう、お願いいたします。
- お知らせ文、予診票が不足した場合は、京都市HP「予診票等帳票発行申請フォーム」から御依頼ください。

(<https://www.city.kyoto.lg.jp/hokenfukushi/page/0000324289.html>)



## 4 副反応及び事故発生時の対応

### 【副反応発生時】

副反応に係る報告基準、様式等については、厚生労働省ホームページ  
**予防接種後副反応疑い報告制度** を参照してください。

被接種者から副反応の連絡を受けた場合は、必要な指導又は処置を行ってください。この際、副反応の程度が報告基準に該当する場合は、その旨を「予防接種後副反応疑い報告書」により速やかに独立行政法人医薬品医療機器総合機構へ電子報告システム又はFAX（番号：0120-176-146）にて報告してください。  
 （URL：https://www.pmda.go.jp/safety/reports/hcp/0002.html）

また、同様の連絡が各区役所・支所等（又は医療衛生企画課）に直接あった場合は、接種医の診療を受けるよう説明しますので、必要な指導、処置を行ってください。

### 【事故発生時】

① 万が一、誤った用法用量でワクチンを接種した、有効期限の切れたワクチンを接種した等の重大な健康被害につながるおそれのある事故が発生した場合には、以下の①から⑧までの内容を報告様式に記載し、医療衛生企画課に速やかに報告してください。

- ① 予防接種を実施した機関
- ② ワクチンの種類、メーカー、ロット番号
- ③ 予防接種を実施した年月日（事故発生日）
- ④ 事故に係る被接種者数
- ⑤ 事故の概要と原因
- ⑥ 事故への対応（公表の有無を含む。）
- ⑦ 健康被害発生の有無（健康被害が発生した場合は、その内容）
- ⑧ 今後の再発防止策

なお、事案によっては、再発防止への対応として、上記の報告に基づく立入検査、公表等を検討することがありますので、ご協力ください。

② この予防接種は、予防接種法に基づかない任意の予防接種です。任意の予防接種で発生した医師の無過失事故については、国の予防接種法に基づく健康被害救済制度の対象とはならず、独立行政法人医薬品医療機器総合機構法及び京都市予防接種健康被害災害補償要綱に基づく補償の対象となります。

### ●独立行政法人医薬品医療機器総合機構 医薬品副作用被害救済制度

#### 救済制度 相談窓口

電話 ☎ 0120-149-931（フリーダイヤル）

受付時間 月～金 9:00～17:00（祝日、年末年始を除く）

Eメール kyufu@pmda.go.jp

#### お問合せ

京都市保健福祉局医療衛生推進室医療衛生企画課

電話 075-222-4421 FAX 075-708-6212

又は 一般社団法人京都府医師会地域医療1課

電話 075-354-6109

# 令和7年度 京都市風しん任意予防接種一部公費負担の手引 （協力医療機関向け）

## 1 事業概要

### ① 対象者

京都市民で、

- ① 妊娠を希望する女性
  - ② 「風しん抗体価が低い妊婦（※）」の同居者
  - ③ 「風しん抗体価が低い妊娠を希望する女性（※）」の同居者
- のうち、風しん抗体価が低い方（※）

妊娠中は接種を受けることができません。また、女性は接種前1か月及び接種後2か月は避妊する必要がありますので必ず説明してください。

（※）風しん抗体価が低いとは、風しん抗体検査の結果下表のとおり判定された方又は2回以上の風しんの予防接種歴及び風しんの既往歴がない方のことをいいます。

	H I 法（赤血球凝集抑制法）	E I A 法（酵素抗体法）
風しん抗体価が低い（対象）	1.6 倍以下	8.0 未満
風しん抗体価が高い（対象外）	3.2 倍以上	8.0 以上

### ② 実施期間

令和7年4月1日～令和8年3月31日

### ③ 自己負担金及び委託料

麻しん風しん混合ワクチン（MRワクチン）接種の場合	被接種者の自己負担金	3,500 円	医療機関への委託単価	7,000 円
風しん単独ワクチン接種の場合	被接種者の自己負担金	2,200 円	医療機関への委託単価	4,400 円

※ 1人1回限りです。

※ 接種日当日に発熱等の理由で接種できなかった場合の診察等に要する費用については、公費負担の対象となりません。

### ④ 接種方法（使用ワクチン）

乾燥弱毒生麻しん風しん混合ワクチンまたは風しん単独ワクチン0.5ミリリットルを1回、皮下に注射する。

### ⑤ 被接種者の意思確認について

この予防接種は任意の予防接種ですので、被接種者が、予防接種の効果、副反応、独立行政法人医薬品医療機器総合機構法等に基づく救済制度について十分に理解したうえで接種を希望していることを確認し、実施してください。

## 2 接種の実施

### ① 申込み

接種を希望する者は、事前に協力医療機関に予約します。

接種の際には次の書類を持参しますので、必ず確認してください。

対象者	持参する書類
対象者①の方	・本人のマイナンバーカード等の住所が確認できる書類 ・検査結果が確認できる書類※
対象者②の方	・本人のマイナンバーカード等の住所が確認できる書類 ・妊婦の母子健康手帳等、当該妊婦との同居が確認できる書類 ・検査結果が確認できる書類※
対象者③の方	・本人のマイナンバーカード等の住所が確認できる書類 ・妊娠を希望する女性のマイナンバーカード等、当該女性との同居が確認できる書類 ・検査結果が確認できる書類※

※ 検査結果が確認できる書類を持参できない場合は、予防接種歴及び風しんの既往歴等を確認してください。

## 2 対象者の確認

1 の対象者のみが本予防接種の対象となりますので、本人の風しん抗体価が低いことや、同居者については同居する妊婦・女性の抗体価が低いこと、同居していること等を、持参書類等で必ず確認してください。

なお、他市区町村に住所がある者については、対象外ですので、お住まいの市区町村に確認するよう説明してください（他市区町村長が発行する「予防接種実施依頼書」を持参した場合であっても対象とはなりません。）。

## 3 事前説明

接種を希望する者に、京都市が作成した「風しん任意予防接種の一部公費負担のお知らせ（令和7年度）」を手渡し、内容を読んだうえで「風しん任意予防接種予診票」と「予防接種券」に必要事項を記入するよう説明してください。

京都市が作成する「風しん任意予防接種の一部公費負担のお知らせ（令和7年度）」及び「風しん任意予防接種予診票（予防接種券）」が不足する際は、京都市HP「予診票等帳票発行申請フォーム」から御依頼ください。  
(<https://www.city.kyoto.lg.jp/hokenfukushi/page/0000324289.html>)



## 4 予診

問診、検温、視診、聴診等の診察を事前に行い、予防接種不適合者又は予防接種要注意者に該当しないか確認するとともに、直前の他の予防接種実施日からの間隔等を確認してください。

また、被接種者が予防接種の必要性等を理解しているか確認し、予防接種の効果、副反応、独立行政法人医薬品医療機器総合機構法等に基づく救済制度（この予防接種は任意の予防接種であるため、4 頁 4 のとおり予防接種法に基づく救済は受けられません。）について説明してください。

### 予防接種不適合者（接種を受けることが適当でない者）

次のいずれかに該当すると認められる場合には、接種を行ってはならない。

- ① 明らかな発熱（通常 37.5℃ 以上）を呈している者。
- ② 重篤な急性疾患にかかっていることが明らかな者
- ③ この予防接種の接種液の成分によって、アナフィラキシーを呈したことが明らかな者
- ④ 妊娠していることが明らかな者
- ⑤ 免疫機能に異常のある疾患を有する場合及び免疫抑制をきたす治療を受けていることが明らかな場合
- ⑥ その他、予防接種を行うことが不適当な状態にある者

### 予防接種要注意者（接種の判断を行うに際し、注意を要する者）

次のいずれかに該当すると認められる場合は、健康状態及び体質を勘案し、慎重に予防接種の適否を判断するとともに、説明に基づく同意を確実に得る。

- ① 心臓血管系疾患、腎臓疾患、肝臓疾患、血液疾患及び発育障害等の基礎疾患を有する者
- ② 予防接種で 2 日以内に発熱のみられた者及び全身性発しん等のアレルギーを疑う症状を呈したことがある者
- ③ 過去にけいれんの既往がある者
- ④ 過去に免疫不全の診断がなされている者及び近親者に先天性免疫不全症の者がいる者
- ⑤ この予防接種の接種液の成分に対してアレルギーを呈するおそれのある者

接種間隔について、以下に御注意ください。

- 他の注射による生ワクチンの予防接種を受けてから、27 日以上の間隔をおく必要があること

## 5 接種液（ワクチン）

医療機関への委託単価には、ワクチン料が含まれていますので、個々の医療機関でご購入ください。  
なお、接種液の貯蔵は、生物学的製剤基準の定めるところによるほか、所定の温度が保たれていることを温度計によって確認できる冷蔵庫等を使用し、温度管理や凍結等に留意してください。

## 6 接種 予防接種を行うに当たっては、次に掲げる事項を遵守してください。

- ① 予防接種に従事する者は、手指を消毒すること。
- ② 接種液の使用に当たっては、添付文書を確認のうえ、標示された接種液の種類、有効期限内であること及び異常な混濁、着色、異物の混入その他の異常がないことを確認し、十分な溶解、振り混ぜにより有効成分が均質になるようにして使用すること。
- ③ バイアル入りの接種液は、栓及びその周囲をアルコール消毒した後、栓を取り外さないで吸引すること。
- ④ 接種液が入っているアンプルを開口するときは、開口する部分をあらかじめアルコール消毒すること。
- ⑤ 原則として上腕伸側に皮下接種により行う。接種前には、接種部位をアルコール消毒し、接種に際しては注射針の先端が血管内に入っていないことを確認すること。
- ⑥ 接種用具等の消毒は、十分な濃度のものを使用すること。

## 7 接種後の注意事項

接種医師は、予防接種を実施した後の一般的注意事項の説明とともに、副反応などの健康状態に十分注意するよう、必要な指導を行ってください。また、接種後 30 分以内の健康状態の変化には、特に注意をすることを被接種者に十分に説明し、理解を得ておいてください。

なお、予防接種後の即時性全身反応等の発生に対応するために必要な薬品、用具等を常備するようにしてください。

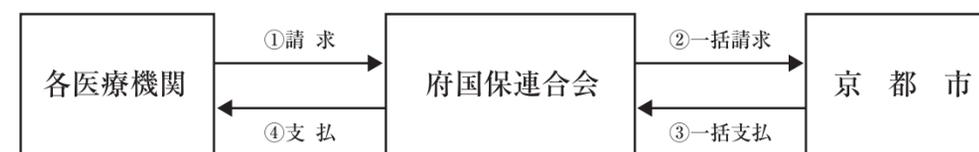
## 8 自己負担金徴収

自己負担金 3,500 円（麻しん風しん混合ワクチン接種の場合）または 2,200 円（風しん単独ワクチン接種の場合）

## 9 接種の記録

接種後は、予診票に添付されている「予防接種済証」に、必要事項を記入のうえ、被接種者にお渡しください。

## 3 委託料の請求手続及び支払方法



① 各医療機関は、月ごとに「予防接種受託報酬請求書」に必要事項を記入のうえ、「予防接種券」を添付し、接種を行った月の翌月の 10 日までに京都府国民健康保険団体連合会（以下「府国保連」といいます。）へ送付してください。（従前の請求書及び接種券もご利用いただけます。）

② 各医療機関から送付された「予防接種受託報酬請求書」及び「予防接種券」は、府国保連において審査・取りまとめのうえ、一括して京都市に請求されます。

③ 請求を受けた京都市は、再度内容の確認を行ったうえ、一括して府国保連へ支払を行います。

④ 府国保連は、口座振込により各医療機関へ委託料の支払を行います。

※ 不適格診断（予診の結果、被接種者が将来にわたって接種不可能と判断するもの）を行った場合は、請求書に記載欄がありませんので、医療衛生企画課までご連絡ください。

07.04 任意予防接種（京都市民専用）

風しん任意予防接種予診票（臨時実施）

年 月 日 記入	診察前の体温	度	分
住 所	京都市 区		
ふりがな		男・女	生年 昭・平・西 月 日 年 月 日 日生 (満 歳)
受ける人の氏名	(TEL. )		
対 象 者 ( 次のいずれに該当するか 必ずチェックしてください。 )	京都市民で、 <input type="checkbox"/> 妊娠を希望する女性 <input type="checkbox"/> 「風しん抗体価が低い妊婦」の同居者 <input type="checkbox"/> 「風しん抗体価が低い妊娠を希望する女性」の同居者		

今日の体調はいかがですか。以下の質問について、あてはまるところを記入し、○で囲んでください。

質 問 事 項	回 答 欄	医師記入欄
1. 今日受ける予防接種について備え付けの説明書を読みましたか	いいえ はい	
2. 今までに風しんワクチンの予防接種を2回以上受けたことがありますか ワクチンの種類・接種回数 ( ) ※2回以上の風しんの予防接種歴がある方は、この予防接種の一部公費負担の対象とはなりません。	はい いいえ	
3. 今日体に具合の悪いところがありますか 具体的な症状を書いてください ( )	はい いいえ	
4. 最近1か月以内に病気にかかりましたか 病名 ( )	はい いいえ	
5. 1か月以内に近親者や周囲に麻疹、風しん、水痘、おたふくかぜなどの病気の人がいましたか 病名 ( )	はい いいえ	
6. 1か月以内に予防接種を受けましたか 予防接種の名前 ( )	はい いいえ	
7. 今までに風しんにかかったことがありますか ※検査で確定診断を受けた風しんの既往歴がある方は、この予防接種の一部公費負担の対象とはなりません。	はい いいえ	
8. 生まれてから今までに先天性異常、心臓、腎臓、肝臓、脳神経、免疫不全症、その他の病気にかかり医師の診察を受けていますか 病名 ( ) その病気を診てもらっている医師に今日の予防接種を受けてよいといわれましたか	はい いいえ	
9. ひきつけ（けいれん）をおこしたことがありますか ( ) 歳頃 その時に熱がでましたか	はい いいえ	
10. 薬や食品で皮膚に発しんやじんましんが出たり、体の具合が悪くなったことがありますか	はい いいえ	
11. 今までにカナマイシン、エリスロマイシンでアレルギー反応を起こしたことがありますか	はい いいえ	
12. 近親者に先天性免疫不全と診断されている人はいますか	はい いいえ	
13. これまでに予防接種を受けて具合が悪くなったことがありますか 予防接種の名前 ( )	はい いいえ	
14. 近親者に予防接種を受けて具合が悪くなった人はいますか	はい いいえ	
15. 6か月以内に輸血又はガンマグロブリンの接種を受けましたか	はい いいえ	
16. 現在妊娠している又は妊娠している可能性(生理が予定より遅れているなど)はありますか ※妊娠中の方は、この予防接種の一部公費負担の対象とはなりません。	はい いいえ	
17. 今日の予防接種について質問はありますか	はい いいえ	

医師の診察・説明を受け、予防接種の効果や目的、重篤な副作用の可能性、独立行政法人医薬品医療機器総合機構法及び京都市予防接種健康被害災害補償要綱に基づく救済制度などについて理解したうえで、接種することに（同意します・同意しません）  
この予診票は、予防接種の安全性の確保を目的としています。このことを理解のうえ、本予診票が京都市に提出されることに同意します。

被接種者(16歳未満の場合は保護者) 自署

医師の記入欄  
以上の問診及び診察の結果、今日の予防接種は（実施できる・見合わせたほうがよい）と判断します。接種を受ける本人に対して、予防接種の効果、副作用並びに独立行政法人医薬品医療機器総合機構法及び京都市予防接種健康被害災害補償要綱に基づく救済制度について、説明をしました。

医師署名又は記名押印

(注) ガンマグロブリンは、血液製剤の一種で、感染症の予防目的や重症の感染症の治療目的などで注射されることがあり、この注射を3～6か月以内に受けた方は、当該予防接種の効果が出ないことがあります。

任意予防接種（京都市民専用）

風しん任意予防接種済証（臨時実施）

風しん任意予防接種券（臨時実施）

被接種者署名 (男・女) \_\_\_\_\_

生年 昭・平・西 \_\_\_\_\_ 日生 歳 \_\_\_\_\_

年 月 日 年 月 日

接 種 医 療 機 関 \_\_\_\_\_

所在地 名称 医師名 \_\_\_\_\_

住所 京都市 区 \_\_\_\_\_

TEL. \_\_\_\_\_

接 種 年 月 日 \_\_\_\_\_

使用ワクチン

MR・風しん

ロット番号

協力医療機関（任意）

住所 京都市 区 \_\_\_\_\_

氏 名 \_\_\_\_\_

生年 昭・平・西 \_\_\_\_\_ 日生 \_\_\_\_\_

年 月 日 年 月 日

接 種 医 師 氏 名 \_\_\_\_\_

長 \_\_\_\_\_

京 都 市 \_\_\_\_\_

接 種 医 師 氏 名 \_\_\_\_\_

予 診 票 行 った 年 月 日 \_\_\_\_\_

年 月 日

メーカー/ロット \_\_\_\_\_

ご 注 意

予防接種券には、必要なことを書き込んで、切り取りしないで、協力医療機関に持って行ってください。

風しん予防接種（任意）

6-3\_ 予診票

11,930 枚

裏面

医師記入欄

※ 特記事項		
※ 異常所見		
使用ワクチン名	接種量	実施場所・医師名・接種年月日
ワクチン名	(皮下接種)	実施場所
Lot No.		医師名
有効期限	ml	接種年月日 年 月 日

※ 必要があると判断された場合のみ記入してください。

接種後の状況

☆次欄は被接種者から来院、又は連絡のあった場合に記入してください。

来院又は連絡日	月	日	接種後	日目
副反応				
発熱	℃		接種後	日目
	℃		接種後	日目
腫脹・硬結	程度	強・中・弱	接種後	日目から
	部位	全身・体の一部（		）
その他	鼻汁・不元気・食欲低下・咳・その他（			
	※ 接種前湿しんのあった者 状態 増悪・不変・軽快 大きさ 拡大・縮小			
再来院日				
治療・検査・経過観察	要・否	カルテ作成 社・国・自費、No.		
備考				

京都市

**風しん任意予防接種の一部公費負担のお知らせ（令和7年度）**

風しんは、平成24年から平成25年にかけて全国的な大流行がみられ、また、この流行により、先天性風しん症候群（後掲「風しんとは」参照）の子どもが増加しました。

このような状況を踏まえ、京都市では、平成25年から主に先天性風しん症候群発症予防のため、風しん抗体価が低い方等を対象に、風しん任意予防接種の一部公費負担を実施しています。

なお、この予防接種は任意の予防接種です。法律による接種努力義務はなく、ご本人が接種を希望する場合に限り実施します。接種を希望される方は、医師と相談し、予防接種の効果、副反応、独立行政法人医薬品医療機器総合機構法等に基づく救済制度について十分に理解したうえで接種を受けてください。

- 1 対象者** 京都市民で、
- ①妊娠を希望する女性
  - ②「**風しん抗体価が低い妊婦（※）**」の同居者
  - ③「**風しん抗体価が低い妊娠を希望する女性（※）**」の同居者
- }のうち、**風しん抗体価が低い方（※）**

妊娠中は接種を受けることができません。また、女性は接種前1か月及び接種後2か月は避妊する必要がありますのでご注意ください。

（※）**風しん抗体価が低い**とは、**風しん抗体検査の結果下表のとおり判定された方又は2回以上の風しんの予防接種歴及び風しんの既往歴がない方**のことをいいます。

なお、京都市では、**風しん抗体検査の助成（無料）も実施しています。**

	HI法(赤血球凝集抑制法)	EIA法(酵素抗体法)
風しん抗体価が低い(対象)	1.6倍以下	8.0未満
風しん抗体価が高い(対象外)	3.2倍以上	8.0以上

- 2 実施期間** 令和7年4月1日～令和8年3月31日
- 3 対象ワクチン** 麻しん風しん混合ワクチン(MRワクチン)及び風しん単独ワクチン
- 4 実施場所** 京都市風しん任意予防接種協力医療機関（以下「協力医療機関」といいます。）
- 5 自己負担金** 3,500円(MRワクチン接種の場合)  
2,200円(風しん単独ワクチン接種の場合)  
※ 1人1回限りです。  
※ 接種日当日に発熱等の理由で接種できなかった場合の診察等に要する費用については、公費負担の対象となりません。

- 6 接種方法** 協力医療機関（京都市ホームページ、京都いつでもコール等（裏面お問合せ参照）でご確認ください。）において、予約方式で行います。まずは、協力医療機関を検索し、接種日を予約してください。接種日当日は、下記の書類を持参し、協力医療機関で接種を受けたうえで、窓口で自己負担金をお支払いください。  
※ 予約の際、「京都市の風しん任意予防接種の一部公費負担の利用を希望する」と必ずお伝えください。

対象者	持参する書類
対象者①の方	・本人のマイナンバーカード等の住所が確認できる書類 ・検査結果が確認できる書類
対象者②の方	・本人のマイナンバーカード等の住所が確認できる書類 ・妊婦の母子健康手帳等、当該妊婦との同居が確認できる書類 ・検査結果が確認できる書類
対象者③の方	・本人のマイナンバーカード等の住所が確認できる書類 ・妊娠を希望する女性のマイナンバーカード等、当該女性との同居が確認できる書類 ・検査結果が確認できる書類

- 7 ご注意** 以下の項目に該当する方は予防接種を受けられません。
  - ①明らかに発熱（通常37.5℃以上）がある場合
  - ②重篤な急性疾患にかかっていることが明らかな場合
  - ③麻しん風しん混合ワクチンまたは風しん単独ワクチンの接種液の成分によってアナフィラキシーという重いアレルギー反応を起こしたことがある場合
  - ④妊娠していることが明らかな場合
  - ⑤免疫機能に異常のある疾患を有する場合及び免疫抑制をきたす治療を受けていることが明らかな場合
  - ⑥生ワクチンの予防接種を受けて27日以上の間隔をおいていない場合
  - ⑦その他、医師が不適当な状態と判断した場合
 ※ 疾病によっては、治療後一定期間予防接種が受けられない場合がありますので、医師にご相談ください。

**風しんとは**

風しんは、風しんウイルスの飛沫感染によって発症します。約2～3週間の潜伏期間がみられます。その後、淡い色の発疹、発熱、首のうしろのリンパ節が腫れる等が主な症状として現れます。また、その他に、せき、鼻汁、目が赤くなる（眼球結膜の充血）等の症状がみられることもあります。合併症として関節痛、血小板減少性紫斑病（紫斑、鼻出血、口腔粘膜の出血等）、脳炎等が報告されています。血小板減少性紫斑病は風しん患者約250人に1人、脳炎は風しん患者約2,600人に1人の割合で合併しています。大人になってからかかると子どものときより重症化する傾向がみられます。

妊婦の方が妊娠早期に風しんにかかると、先天性風しん症候群と呼ばれる病気により、子どもに、心臓病、白内障、聴力障害等の障害が現れる可能性があります。

**麻しん風しん混合ワクチン（MRワクチン）の効果と副反応**

予防接種を受けた方のうち、95%以上が免疫を獲得することができます。ただし、予防接種により副反応がみられることがあります。接種直後から数日中に過敏症状と考えられる、発熱、発疹、そう痒等がみられることがあります。これらの症状は通常1～3日で治癒します。ときに、接種部位の発赤、腫れ、硬結（しこり）、リンパ節の腫れ等がみられることがあります。いずれも一過性で通常、数日中に消失します。

稀に生じる重い副反応としては、アナフィラキシー様症状（ショック症状、じんましん、呼吸困難等）、血小板減少性紫斑病、脳炎、けいれん等が報告されています。

**予防接種による健康被害救済制度について**

任意の予防接種であるこの予防接種により健康被害が生じた場合には、予防接種法に基づく国の健康被害救済制度の対象とはならず、独立行政法人医薬品医療機器総合機構法及び京都市予防接種健康被害災害補償要綱に基づく補償の対象となります。

**お問合せ**

【おかけ間違いにご注意ください。】

- （協力医療機関に関すること）京都いつでもコール TEL：075-661-3755 / FAX：075-661-5855
- 京都市保健福祉局医療衛生推進室医療衛生企画課 TEL：075-222-4421 / FAX：075-708-6212
- 京都市ホームページ

「妊娠を希望する女性、風しん抗体価が低い妊婦の同居者を対象とした風しん抗体検査・予防接種」



風しん任意予防接種受託報酬請求書

(宛 先)

京都市長

年 月 日

コード番号

医療機関所在地  
(法人の場合は法人所在地)

名 称

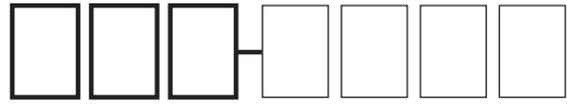
役 職

氏 名

下記のとおり請求します。

年 月 分 請求金額 \_\_\_\_\_ 円

区 分	件 数	単 価	金 額
風しん任意予防接種 【MRワクチン】 (サーモン色)		7,000円	
風しん任意予防接種 【風しん単独ワクチン】 (サーモン色)		4,400円	



**京都市風しん（任意）予防接種関係書類**

差出人



〒604-8571  
 京都市中京区寺町通御池上る上本能寺前町488番地  
 京都市保健福祉局  
 医療衛生推進室 医療衛生企画課  
 TEL(075)222-4421 / FAX(075)708-6212