

予 防 接 種 委 託 料 請 求 書

令和 年 月 日

(宛先) 今治市長

所在地
医療機関 名称
氏 名

令和6年度 月分予防接種委託料を別紙報告書を添えて、次のとおり
請求します。

振込指定 金融機関		銀 行 信用金庫			支 店 出張所
預金 種別	普通 当座	口座 番号		口座 名義人 カナ	

金額	千	百	拾	万	千	百	拾	円	内容下記のとおり
----	---	---	---	---	---	---	---	---	----------

【内訳書】(消費税10%込)	『予防接種法に基づく定期の予防接種』								
五種混合 第1期	@ 4,	0 9 9	円×	件=					円
四種混合 第1期	@ 4,	0 9 9	円×	件=					円
三種混合 第1期	@ 4,	0 9 9	円×	件=					円
二種混合 第2期	@ 3,	6 5 9	円×	件=					円
麻しん風しん第1期	@ 5,	9 1 4	円×	件=					円
麻しん第1期	@ 5,	9 1 4	円×	件=					円
風しん第1期	@ 5,	9 1 4	円×	件=					円
麻しん風しん第2期	@ 4,	4 8 4	円×	件=					円
麻しん第2期	@ 4,	4 8 4	円×	件=					円
風しん第2期	@ 4,	4 8 4	円×	件=					円
日本脳炎第1期	@ 4,	7 0 3	円×	件=					円
日本脳炎第1期(特例)	@ 3,	6 5 9	円×	件=					円
日本脳炎第2期	@ 3,	6 5 9	円×	件=					円
BCG	@ 5,	9 1 4	円×	件=					円
ポリオ 第1期	@ 4,	0 9 9	円×	件=					円
ヒブ	@ 4,	0 9 9	円×	件=					円
小児用肺炎球菌(13価)	@ 4,	0 9 9	円×	件=					円
小児用肺炎球菌(15価)	@ 4,	0 9 9	円×	件=					円
HPV (2, 4価)	@ 3,	6 5 9	円×	件=					円
HPV (9価)	@ 3,	6 5 9	円×	件=					円
水痘	@ 5,	9 1 4	円×	件=					円
B型肝炎	@ 4,	7 0 3	円×	件=					円
ロタ (1価)	@ 4,	4 6 2	円×	件=					円
ロタ (5価)	@ 4,	4 6 2	円×	件=					円
予診のみ	@ 3,	2 5 2	円×	件=					円

担当者※記入必須※

職 (担当)

氏名

電話番号