

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,	1 2 5 円×	件=						円
四種混合 第1期	@ 4,	1 2 5 円×	件=						円
三種混合 第1期	@ 4,	1 2 5 円×	件=						円
二種混合 第2期	@ 3,	6 8 5 円×	件=						円
麻しん風しん第1期	@ 5,	9 4 0 円×	件=						円
麻しん第1期	@ 5,	9 4 0 円×	件=						円
風しん第1期	@ 5,	9 4 0 円×	件=						円
麻しん風しん第2期	@ 4,	5 1 0 円×	件=						円
麻しん第2期	@ 4,	5 1 0 円×	件=						円
風しん第2期	@ 4,	5 1 0 円×	件=						円
日本脳炎第1期	@ 4,	7 2 8 円×	件=						円
日本脳炎第1期(特例)	@ 3,	6 8 5 円×	件=						円
日本脳炎第2期	@ 3,	6 8 5 円×	件=						円
BCG	@ 5,	9 4 0 円×	件=						円
ポリオ 第1期	@ 4,	1 2 5 円×	件=						円
ヒブ	@ 4,	1 2 5 円×	件=						円
小児用肺炎球菌(15価)	@ 4,	1 2 5 円×	件=						円
小児用肺炎球菌(20価)	@ 4,	1 2 5 円×	件=						円
HPV (2, 4価)	@ 3,	6 8 5 円×	件=						円
HPV (9価)	@ 3,	6 8 5 円×	件=						円
水痘	@ 5,	9 4 0 円×	件=						円
B型肝炎	@ 4,	7 2 8 円×	件=						円
ロタ (1価)	@ 4,	4 8 8 円×	件=						円
ロタ (5価)	@ 4,	4 8 8 円×	件=						円
予診のみ	@ 3,	2 7 8 円×	件=						円

担当者※記入必須※

職（担当）氏名

電話番号