

両沼郡医師会予防接種委託料請求書

年 月 日

金山町長 あて

年 月実施分

住所

名称

予防接種委託料を
次のとおり請求します。

役職・氏名

印

電話番号

請求金額 円

内訳

予防接種の種類		人数	単価	自己負担額	金額
五種混合		人	21,820円	0円	円
四種混合		人	13,000円	0円	円
三種混合		人	7,280円	0円	円
二種混合		人	4,970円	0円	円
麻しん及び 風しん混合	I期	人	12,340円	0円	円
	II期	人	10,910円	0円	円
麻しん	I期	人	8,600円	0円	円
	II期	人	7,170円	0円	円
風しん	I期	人	8,600円	0円	円
	II期	人	7,170円	0円	円
日本脳炎	I期(7歳6か月未満)	人	7,880円	0円	円
	I期(7歳6か月以上)	人	7,060円	0円	円
	II期	人	7,060円	0円	円
BCG		人	11,040円	0円	円
不活化ポリオ		人	11,730円	0円	円
ヒブ感染症		人	10,290円	0円	円
小児の肺炎球菌感染症		人	13,660円	0円	円
水痘		人	11,020円	0円	円
B型肝炎		人	8,370円	0円	円
ロタウイルス	ロタリックス	人	16,640円	0円	円
	ロタテック	人	11,910円	0円	円
子宮頸がん 予防ワクチン	2価・4価	人	16,680円	0円	円
	9価	人	28,990円	0円	円
高齢者の肺炎球菌感染症		人	8,690円	0円	円
帯状疱疹	不活化ワクチン	人	21,620円	※10,000円	円
	生ワクチン	人	8,590円	※4,000円	円
予診のみ		人	1,540円	0円	円
計		人			円

※生活保護世帯は自己負担額0円

振込先

金融機関名	銀行		本・支店
口座種別	普通・当座・その他	口座番号	
(フリガナ)			
口座名義人			