

福島県広域予防接種委託料請求書

令和 年 月 日

川内村長 様

所在地
医療機関名
代表者名

印

年 月に実施の予防接種に関する委託料として、次のとおり請求します。

請求金額 ￥

内訳

種類	人数	委託料 (単価)	内訳		金額	
			公費負担額	自己負担額		
1 二種混合 (ジフテリア、破傷風)	I・II期	5,005 円	5,005 円	0 円	円	
2 麻しん及び風しん混合	I・II期	10,230 円	10,230 円	0 円	円	
3 日本脳炎	I・II期	7,150 円	7,150 円	0 円	円	
4 BCG		9,559 円	9,559 円	0 円	円	
5 不活化ポリオ(急性灰白髄炎)		9,570 円	9,570 円	0 円	円	
6 四種混合		10,835 円	10,835 円	0 円	円	
7 Hib感染症		9,010 円	9,010 円	0 円	円	
8 五種混合	ゴービック	19,635 円	19,635 円	0 円	円	
	クイントバック	19,712 円	19,712 円	0 円	円	
9 小児の肺炎球菌感染症		11,495 円	11,495 円	0 円	円	
10 子宮頸がん予防	サーバリックス®	2価	16,775 円	16,775 円	0 円	円
	ガーダシル®	4価	16,775 円	16,775 円	0 円	円
	シルガード®	9価	28,655 円	28,655 円	0 円	円
11 水痘		8,525 円	8,525 円	0 円	円	
12 B型肝炎		5,970 円	5,970 円	0 円	円	
13 ワクチン	ロタリックス®		13,838 円	13,838 円	0 円	円
	ロタテック®		8,811 円	8,811 円	0 円	円
14 高齢者	肺炎球菌感染症	予防接種法による対象者	8,783 円	6,783 円	2,000 円	円
		予防接種法及び生活保護法に係る対象者	8,783 円	8,783 円	0 円	円
	インフルエンザ	予防接種法による対象者	5,225 円	3,225 円	2,000 円	円
		予防接種法及び生活保護法に係る対象者	5,225 円	5,225 円	0 円	円
予診のみ			0 円	0 円	0 円	円
計						円

振込先

金融機関名	銀行 信用組合 農協 信用金庫		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			