

予防接種委託料請求書（広域用）

令和 年 月 日

三 島 町 長 様

所 在 地

医 療 機 関 名

代 表 者 名

印

令和 年 月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 円
内訳

予防接種の種類	人数①	委託料②	自己負担額③	金額(②-③)×①
三種混合		7,282 円	—	円
二種混合	I 期	5,276 円	—	円
	II 期	5,276 円	—	
麻しん及び 風しん混合	I 期	12,243 円	—	円
	II 期	10,813 円	—	円
麻しん	I 期	8,602 円	—	円
	II 期	7,172 円	—	円
風しん	I 期	8,602 円	—	円
	II 期	7,172 円	—	円
日本脳炎	I 期	7,359 円	—	円
	II 期	6,963 円	—	円
BCG		8,943 円	—	円
インフルエンザ	予防接種法による対象者	5,038 円	2,000 円	円
	生活保護受給者	5,038 円	—	円
	施設入所者	3,454 円	1,200 円	円
	施設入所者(生活保護受給者)	3,454 円	—	円
急性灰白髄炎（ポリオ）		9,383 円	—	円
四種混合		12,892 円	—	円
H i b 感染症		10,164 円	—	円
小児の肺炎球菌感染症		13,684 円	—	円
HPV（子宮頸がん予防ワクチン）		16,588 円	—	円
水痘		10,923 円	—	円
高齢者の肺炎球菌感染症		8,763 円	4,300 円	円
高齢者の肺炎球菌感染症(生活保護受給者)		8,763 円	—	円
B型肝炎		8,100 円	—	円
ロタウイルス 感染症	ロタリックス	16,643 円	—	円
	ロタテック	11,363 円	—	円
予診のみ		1,540 円	—	円
計		—	—	円

振込先

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

予防接種委託料請求書（会津若松医師会用）

令和 年 月

三島町長 様

所在地

医療機関名

代表者名

印

令和 年 月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 ￥ 円

内訳

予防接種の種類	人数①	委託料② (10月～)	自己負担額③	金額(②-③)×①
二種混合		5,276 円	—	円
日本脳炎	I 期	7,359 円	—	円
	II 期	6,963 円	—	円
BCG		8,943 円	—	円
インフルエンザ	予防接種法による対象者	5,038 円	2,000 円	円
	生活保護受給者	5,038 円	—	円
	施設入所者	3,454 円	1,200 円	円
	施設入所者(生活保護受給者)	3,454 円	—	円
急性灰白髄炎(ポリオ)		9,383 円	—	円
四種混合		12,892 円	—	円
H i b 感染症		10,164 円	—	円
小児の肺炎球菌感染症		13,684 円	—	円
HPV(子宮頸がん予防ワクチン)		16,588 円	—	円
水痘		10,923 円	—	円
高齢者の肺炎球菌感染症		8,763 円	4,300 円	円
高齢者の肺炎球菌感染症 (生活保護受給者)		8,763 円	—	円
B型肝炎		8,100 円	—	円
ロタウイルス 感染症	ロタリックス	16,643 円	—	円
	ロタテック	11,363 円	—	円
麻しん及び風しん混合(任意)		9,988 円	—	円
風しん(任意)		6,468 円	—	円
抗体価検査(H I 法)		6,391 円	—	円
抗体価検査(E I A 法)		7,920 円	—	円
予診のみ		1,540 円	—	円
計		—	—	円

振込先

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

予防接種委託料請求書（両沼郡医師会用）

令和 年 月 日

三島町長 様

所在地
医療機関名
代表者名

印

令和 年 月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 円
内訳

予防接種の種類	人数①	委託料②	自己負担額③	金額(②-③)×①
二種混合		4,972 円	—	円
MRワクチン	I 期	12,342 円	—	円
	II 期	10,912 円	—	円
麻しん	I 期	8,602 円	—	円
	II 期	7,172 円	—	円
風しん	I 期	8,602 円	—	円
	II 期	7,172 円	—	円
日本脳炎	I 期	7,887 円	—	円
	II 期	7,062 円	—	円
BCG		9,042 円	—	円
インフルエンザ	予防接種法による対象者	円	円	円
	生活保護受給者	円	—	円
	施設入所者	円	円	円
	施設入所者(生活保護受給者)	円	—	円
不活化ポリオ		11,737 円	—	円
四種混合		13,002 円	—	円
三種混合		7,282 円	—	円
H i b 感染症		10,296 円	—	円
小児用肺炎球菌感染症		13,662 円	—	円
HPV（子宮頸がん予防ワクチン）		16,687 円	—	円
水痘		11,022 円	—	円
高齢者肺炎球菌感染症		8,697 円	4,300 円	円
高齢者肺炎球菌感染症(生活保護受給者)		8,697 円	—	円
B型肝炎		8,371 円	—	円
ロタウイルス感染症	ロタリックス	16,643 円	—	円
	ロタテック	11,913 円	—	円
麻しん及び風しん混合（任意）		8,349 円	—	円
風しん（任意）		4,609 円	—	円
抗体価検査（H I 法）		5,885 円	—	円
抗体価検査（E I A 法）		7,414 円	—	円
予診のみ		1,540 円	—	円
計	—	—	—	円

振込先

金融機関名	銀行	店・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		

三島町（任意）インフルエンザ予防接種請求書

令和 年 月 日

三島町長 様

所在地
医療機関名
代表者名

印

令和 年 月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 ￥ _____ 円

内訳

対象者	接種料金① ※1	助成額 (円) ②	自己負担額 (①-②)	数量③ (人数)	金額 (②×③) ※2	請求金額 (円)
6か月～13歳未満（1回目）		(料金全額) ※3	0			
6か月～13歳未満（2回目）		(料金全額) ※3	0			
13歳～18歳（高校生相当）		(料金全額) ※3	0			
妊婦		(料金全額) ※3	0			
18歳（上記以外）～64歳		2,520				
生活保護世帯		(料金全額) ※3	0			
予診のみ		1,540	0			
※1 ①接種料金は各医療機関料金です。記入をお願いします。						
※2 ①接種料金が助成額に満たない場合は①×③						
※3 6か月～18歳（高校生相当）、妊婦、生活保護世帯は全額助成になります。						
計					—	円

振込先

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

別紙様式（両沼医師会用）

三島町（任意）インフルエンザ予防接種請求書

令和 年 月 日

三島町長 様

所在地
医療機関名
代表者名

印

令和 年 月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 ￥ _____ 円

内訳

対象者	接種料金 ①	助成額（円） ②	自己負担額 （①－②）	数量 （人数）③	請求金額 （②×③）
6か月～6歳未満（1回目）	5,863	5,863	0		
6か月～6歳未満（2回目）	3,091	3,091	0		
6歳～13歳未満（1回目）	5,038	5,038	0		
6歳～13歳未満（2回目）	2,673	2,673	0		
13歳～18歳（高校生相当）	5,038	5,038	0		
妊婦	5,038	5,038	0		
18歳（上記以外）～64歳	5,038	2,520	2,518		
生活保護世帯	5,038	5,038	0		
予診のみ	1,540	1,540	0		
※ 6か月～18歳（高校生相当）、妊婦、生活保護世帯は全額助成になります。					
計					円

振込先

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