

## 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	Ⅱ期		4,970 円	—	円
四種混合			13,000 円	—	円
五種混合			21,820 円	—	円
麻しん及び風しん混合	Ⅰ期		12,340 円	—	円
	Ⅱ期		10,910 円	—	円
日本脳炎	Ⅰ期		7,880 円	—	円
	Ⅱ期		7,060 円	—	円
BCG			11,040 円	—	円
インフルエンザ	予防接種法による対象者		5,060 円	2,000 円	円
	生活保護受給者		5,060 円	—	円
	施設入所者		3,470 円	1,200 円	円
	施設入所者(生活保護受給者)		3,470 円	—	円
新型コロナウイルス	予防接種法による対象者		15,010 円	3,000 円	円
	生活保護受給者		15,010 円	—	円
	施設入所者		13,420 円	1,900 円	円
	施設入所者(生活保護受給者)		13,420 円	—	円
帯状疱疹（ビケン）	予防接種法による対象者		8,590 円	3,000 円	円
	生活保護受給者		8,590 円	—	円
帯状疱疹（シングリックス）	予防接種法による対象者		21,620 円	5,000 円	円
	生活保護受給者		21,620 円	—	円
H i b 感染症			10,290 円	—	円
小児の肺炎球菌感染症			13,660 円	—	円
子宮頸がん（HPV）	2 価・4 価		16,680 円	—	円
	9 価		28,990 円	—	円
水痘			11,020 円	—	円
高齢者の肺炎球菌感染症	対象者		8,690 円	2,000 円	円
	生活保護受給者		8,690 円	—	円
B型肝炎			8,370 円	—	円
ロタウイルス感染症	ロタリックス（1 価）		16,640 円	—	円
	ロタテック（5 価）		11,910 円	—	円
麻しん及び風しん混合（任意）			8,340 円	—	円
風しん（任意）			4,600 円	—	円
風しん抗体価検査	H I 法		5,880 円	—	円
	E I A 法		7,410 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		