

## 三島町 予防接種委託料請求書

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

予防接種の種類		委託料①	自己負担額②	人数③	請求金額 (①-②)×③
二種混合	Ⅱ期	6,336 円	— 円		円
五種混合		21,967 円	— 円		円
麻しん風しん混合	Ⅰ期	12,414 円	— 円		円
	Ⅱ期	10,987 円	— 円		円
日本脳炎	Ⅰ期	7,447 円	— 円		円
	Ⅱ期	7,051 円	— 円		円
BCG		13,101 円	— 円		円
小児の肺炎球菌感染症		13,896 円	— 円		円
水痘		10,846 円	— 円		円
B型肝炎		8,111 円	— 円		円
ロタウイルス感染症	ロタリックス (1価)	16,401 円	— 円		円
	ロタテック (5価)	11,462 円	— 円		円
子宮頸がん (HPV)	2価・4価	16,676 円	— 円		円
	9価	28,347 円	— 円		円
RSウイルス		29,876 円	— 円		円
風しん抗体価検査	H I 法	6,534 円	— 円		円
	E I A 法	7,865 円	— 円		円
麻しん風しん混合 (任意)		10,159 円	— 円		円
高齢者の肺炎球菌感染症	予防接種法による対象者	11,674 円	1,000 円		円
	生活保護受給者	11,674 円	— 円		円
带状疱疹 (ビケン)	予防接種法による対象者	8,591 円	3,000 円		円
	生活保護受給者	8,591 円	— 円		円
带状疱疹 (シングリックス)	予防接種法による対象者	21,626 円	5,000 円		円
	生活保護受給者	21,626 円	— 円		円
予診のみ		1,606 円	— 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		