

別紙様式

予防接種委託料請求書

平成 年 月 日

平田村長 様

所 在 地

医 療 機 関 名

代 表 者 名 印

平成 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	単 価	自己負担額	金 額
三種混合			6, 9 0 9円		
二種混合	I 期		5, 1 2 4円		
	II 期		5, 1 2 4円		
麻しん及び風しん	I 期		1 0, 3 7 4円		
	II 期		1 0, 0 7 0円		
麻しん	I 期		6, 9 0 9円		
	II 期		6, 9 0 9円		
風しん	I 期		6, 9 0 9円		
	II 期		6, 9 0 9円		
日本脳炎	6 歳未満		7, 3 5 0円		
	6 歳以上		6, 5 1 0円		
B C G			7, 0 0 0円		
インフルエンザ			3, 6 0 0円	1, 6 0 0円	
不活化ポリオ (3 歳未満)			1 1, 0 9 0円		
不活化ポリオ (3 歳～6 歳未満)			9, 7 3 0円		
不活化ポリオ (6 歳以上)			8, 9 4 0円		
四種混合 (6 歳未満)			1 0, 7 7 2円		
四種混合 (6 歳以上)			1 0, 0 2 0円		
H i b 感染症			8, 8 5 2円		
小児の肺炎球菌感染症			1 1, 2 6 7円		
子宮頸がん予防ワクチン			1 5, 9 3 9円		
予診のみ (乳児)			1, 0 0 0円		
計					

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			