

秋田県広域予防接種
実施報告書 兼 請求書

令和 年 月 日

(宛先) 五城目町長 様

医療機関名 :

所在地 :

氏 名 :

印

定期予防接種にかかる 令和 年 月分の委託料として、次のとおり請求します。

請求金額 円

【内 訳】

(令和3年4月1日現在)

種類	区分	件数(人) (A)	単価 (B)	金額 (A)×(B)
四種混合 (DPT-IPV)	***		11,242 円	
三種混合 (DPT)	***			
二種混合 (DT)			4,928 円	
不活化ポリオ	***		9,988 円	
麻しん風しん混合 (MR)	第1期		12,160 円	
	第2期 5歳児		10,730 円	
	第2期 6歳児		9,905 円	
麻 し ん	第1期		8,921 円	
	第2期 5歳児		7,491 円	
	第2期 6歳児		6,666 円	
風 し ん	第1期		8,921 円	
	第2期 5歳児		7,421 円	
	第2期 6歳児		6,666 円	
日本脳炎	***		7,084 円	
結核 (BCG)			9,102 円	
Hib感染症			8,547 円	
小児用肺炎球菌			11,896 円	
ヒトパピローマウイルス感染症			16,742 円	
水痘			10,741 円	
B型肝炎			6,998 円	
ロタウイルス感染症	1価		16,478 円	
	5価		11,858 円	
インフルエンザ (高齢者)	実費徴収免除者			
	一般		1,500 円	
高齢者用肺炎球菌	実費徴収免除者			
	一般		3,000 円	
予診料	無し			
合 計				

摘 要	インフルエンザの実施期間は10月～2月
注 意 事 項	【インフルエンザ(高齢者)・高齢者用肺炎球菌】生保全額助成

【振込先】

金融機関名		本・支店名	
預金種別		口座番号	
フリガナ 口座名義			

◎ 記入上の注意 … 「請求金額」の訂正されたものは受付できません。文字の訂正には訂正印(請求印と同一のもの)が必要です。

◎ 添付書類 … 予診票