

請求書

請求先)市長令和年月日

令和年月分月実施分住所電話番号名称役職・氏名登録番号 T

A 類個別予防接種委託料を下記のとおり請求します

請求金額円

内訳

A 類 予 防 接 種	区分		単価 (円)	件数 (件)	合計 (円)
	B型肝炎		8,333		
	ロタ	ロタリックス(1価)	16,594		
		ロタテック(5価)	11,063		
	ヒブ		11,331		
	小児用 肺炎球菌	バクニューバンス(15価)	13,816		
		プレベナー(20価)	13,816		
	四種混合		13,046		
	五種混合		22,033		
	不活化ポリオ		11,891		
	BCG		13,046		
	日本脳炎	7歳6か月に至る	8,041		
		9歳以上	7,216		
	麻しん風 しん混合	第1期	12,551		
		第2期	11,121		
	麻しん(第 期)		8,976		
	風しん(第 期)		8,987		
	水痘		10,846		
	二種混合	第1期	7,326		
		第2期	5,071		
	HPV	サーバリックス(2価)	16,841		
		ガーダシル(4価)	16,841		
		シルガード(9価)	29,766		
	未接種予診料(※)		3,300		

(※) 同時接種の場合は、1 回分のみ請求(A類で1回)

債権者コード

振込口座

振込先金融機関名		口座情報		口座名義人(カタカナで)
	銀行	普通・当座		
	支店	No.		