

請 求 書

能登町長 大森 凡世 様

請求金額 円

予防接種に要した費用として、予診票を添えて 月分を請求します(消費税込)

(請求内訳)

予防接種名	単価①	実施人数②	金額①×②
ロタリックス	15,000円	人	円
ロタテック	10,000円	人	円
ヒブワクチン	8,800円	人	円
小児用肺炎球菌ワクチン(15価)	11,800円	人	円
小児用肺炎球菌ワクチン(20価)	11,800円	人	円
B型肝炎	5,500円	人	円
五種混合	21,000円	人	円
四種混合	10,900円	人	円
三種混合	6,200円	人	円
麻しん風しん混合	10,200円	人	円
麻しん	6,700円	人	円
風しん	6,700円	人	円
風しん(第5期)	6,000円	人	円
水痘(水ぼうそう)	7,900円	人	円
ポリオワクチン	9,700円	人	円
日本脳炎	I 期 幼児	7,300円	人 円
	I 期 小学生以上	6,700円	人 円
	II 期 9歳以上	6,700円	人 円
二種混合	5,300円	人	円
子宮頸がん予防ワクチン(2価、4価)	16,500円	人	円
子宮頸がん予防ワクチン(9価)	31,500円	人	円
合計			円

年 月 日

所在地

医療機関名

医療機関の長

取引金融機関		
口座番号	普・当	
フリガナ		
口座名義		

請 求 書 (BCG)

能登町長 大森凡世様

請求金額 _____ 円

予防接種に要した費用として、予診票を添えて _____ 月分を請求します(消費税込)。

(請求内訳)

予防接種名	単価①	実施人数②	金額①×②
BCG	9,100円	人	円
合計			円

年 月 日

所在地

医療機関名

医療機関の長

取引金融機関		
口座番号	普・当	
フリガナ		
口座名義		

高齢者肺炎球菌予防接種 請求書

能登町長 大森 凡世 様

請求金額 _____ 円

ただし、令和6年度高齢者肺炎球菌予防接種委託料

請求内訳

区分	単価	接種内訳		接種人数計	請求金額計
		60～64歳の心・腎・呼吸器等制限され、日常生活に支障ありに該当する者※1	今年度65歳の者		
自己負担 2,200円あり	5,500				
生活保護 世帯 ※2	7,700				

令和 年 月 日

所在地

名称

医療機関の長

取引金融機関		
口座番号	普・当	No.
フリガナ		
口座名義		

※1 60～64歳の該当者の場合は、予診票の下欄に必要事項をご記入ください。

※2 生活保護に該当する場合は「無料券」を添付してください。

○被接種者の予診票を添付し、各月ごとに請求してください。

インフルエンザ予防接種 請求書

能登町長 大森 凡世 様

請求金額 円

ただし、令和6年度 月分 インフルエンザ予防接種委託料

請求内訳

区分	接種回数	単価	接種内訳(人数)				接種人数計	請求金額計
			3歳未満	3歳～ 高校生相 当の年齢	60～64歳 の該当者 (※1)	65歳以上		
自己負担 1,200円	1回目 3歳未満	1,800	/	/	/	/		
	1回目 3歳以上	3,350	/	/	/	/		
	2回目 3歳未満	1,300	/	/	/	/		
	2回目 3歳～13歳未満	2,100	/	/	/	/		
自己負担 0円	1回目 3歳未満	3,000	無料券添付(※2)	/	/	/		
	1回目 3歳以上	4,550	/	無料券添付(※2)	無料券添付(※2)	無料券添付(※2)	無料券添付(※2)	
	2回目 3歳未満	2,500	無料券添付(※2)	/	/	/		
	2回目 3歳～13歳未満	3,300	/	無料券添付(※2)	/	/		
						合計		

令和 年 月 日

所在地

名称

医療機関の長

取引金融機関名・支店名		
口座番号	普・当	
フリガナ		
口座名義		

※1 『60～64歳未満の該当者』の場合は予診票下欄の『対象理由』及び『医師署名または記名押印』に記載し提出してください。

※2 生活保護の方は生活保護無料券を添付して提出してください。

-被接種者の予診票を添付して、各月ごとに請求してください。

新型コロナウイルス感染症予防接種 請求書

能登町長 大森 凡世 様

円

ただし、令和6年度 月分 新型コロナウイルス感染症予防接種委託料

請求内訳

区分	単価	60～64歳の該当者 (※1)	65歳以上	接種 人数 計	請求 金額 計
自己負担 2,000円	13,800				
自己負担 0円	15,800	無料券添付(※2)	無料券添付(※2)		
			合計		

令和 年 月 日

所在地

名称

医療機関の長

取引金融機関		
口座番号	普・当	
フリガナ		
口座名義		

※1 『60～64歳未満の該当者』の場合は予診票下欄の『対象理由』及び『医師署名または記名押印』に記載し提出してください。

※2 生活保護の方は生活保護無料券を添付して提出してください。

・被接種者の予診票を添付して、各月ごとに(10日まで)請求してください。