

令和5年度予防接種委託料請求書

請求金額 _____ 円也

予防接種に要した費用として () 月分を請求します。

【請求内訳】

種 類	単 価	実施件数	金 額
4種混合	11,000円	人	円
2種混合	5,200円	人	円
日本脳炎 1期	7,300円	人	円
日本脳炎 2期	6,700円	人	円
BCG	9,100円	人	円
麻しん風しん(MR) 1期	10,200円	人	円
麻しん風しん(MR) 2期	10,200円	人	円
麻しん	6,400円	人	円
風しん	6,500円	人	円
ヒブ	8,200円	人	円
小児用肺炎球菌	10,400円	人	円
子宮頸がん予防ワクチン (サーバリックス、ガーダシル)	16,500円	人	円
子宮頸がん予防ワクチン (シルガード)	31,500円	人	円
水痘	7,900円	人	円
B型肝炎	5,500円	人	円
ロタウイルス(ロタリックス)	15,000円	人	円
ロタウイルス(ロタテック)	10,000円	人	円
風しん5期(風しん単独)	5,600円	人	円
合 計		人	円

令和 年 月 日

所 在 地

名 称

代 表 者

印

振 込 先

銀行・信用金庫

支店

口座名義(ふりがな)

口座番号

(普通・当座)

検 印

--

珠洲市長

令和5年度予防接種委託料請求書

(高齢者肺炎球菌予防接種)

請求金額 _____ 円也

予防接種に要した費用として () 月分を請求します。

【請求内訳】

種類	委託料	個人負担	請求単価	人数	金額
高齢者肺炎球菌	7,700円	2,200	5,500円		円
		0	7,700円		円
合 計					円

令和 年 月 日

所在地

名称

代表者

印

振込先

銀行・信用金庫

支店

ふりがな
口座名義

口座番号

(普通・当座)

検印

検印