

大月市長 様

年 月 日

(A類疾病)

所在地
医療機関名
代表者名
電話番号

印

令和4年度 予防接種委託料請求書

年 月分の予防接種予診票を添えて、次のとおり接種費用を請求します。

請求金額 円

予防接種内容	単価	接種人数	金額
ヒブ(初回・追加)	8,310 円	人	円
小児用肺炎球菌(初回・追加)	10,430 円	人	円
B型肝炎(1~3回目)	5,350 円	人	円
四種混合[DPT-IPV](初回・追加)	10,160 円	人	円
ロタウイルス	ロタリックス	13,360 円	人 円
	ロタテック	8,450 円	人 円
三種混合 [DPT]	1期初回	7,060 円	人 円
	1期追加	8,780 円	人 円
二種混合 [DT]	1期初回・追加	6,550 円	人 円
	2期	5,170 円	人 円
不活化ポリオ(初回・追加)	10,190 円	人 円	
BCG	8,790 円	人 円	
麻疹風疹混合 [MR]	1期	12,480 円	人 円
	2期	10,250 円	人 円
麻疹単抗原[M](1・2期)	8,780 円	人 円	
風疹単抗原[R](1・2期)	8,880 円	人 円	
水痘(1回目・2回目)	8,300 円	人 円	
日本脳炎(1期初回・追加・2期)	7,630 円	人 円	
ヒトパピローマウイルス(1~3回)	15,680 円	人 円	
予診のみ	60ヵ月未満	3,680 円	人 円
	60ヵ月以上	2,910 円	人 円

【 振込口座 】

金融機関名	銀行・金庫 組合・農協		本店・支店 支所・出張所
預金種別	普通 ・ 当座	口座番号	
フリガナ			
口座名義人			

【 検収 (市記入欄) 】

上記について、相違ないことを確認しました。

令和 年 月 日

職員氏名

印