

大月市長 様

年 月 日

所 在 地

医 療 機 関 名

代 表 者 名

電 話 番 号

印

令和7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)		9,450 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
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
五種混合〔DPT-IPV-Hib〕(初回・追加)		20,070 円	人	円
四種混合〔DPT-IPV〕(初回・追加)		10,160 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
BCG		12,370 円	人	円
麻疹風疹混合 〔MR〕	1期	12,480 円	人	円
	2期	10,250 円	人	円
	5期	9,900 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)	2価・4価	15,680 円	人	円
	9価	28,240 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	
口座名義人(カタカナ)			

【 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