群馬県内相互乗り入れ用

群馬県内相互乗り入れ予防接種実施報告書兼委託料請求書

平成 年 月 日

市(町・村)長様

医療機関名
所在地
施設長名
電話番号

印

平成 年 月実施の予防接種について、下記のとおり委託料を請求します。

請求金額	¥
------	---

内訳(予診票は別添のとおり)

予防接種の種類	単価	件数	金額	備考
1 四種混合 (DPT-IPV) ※ワクチンの種類により単価が異なる場合には2段に分けて記載して下さい。	1期 3~90月に至るまで			
2 二種混合 (DT)	1期 3~90月に至るまで			
	2期 11~13歳未満			
3 麻しん風しん混合	1期 12~24月に至るまで			
	2期			
4 麻しん	1期 12~24月に至るまで			
	2期			
5 風しん	1期 12~24月に至るまで			
	2期			
6 日本脳炎	1期 6~90月に至るまで			
	1期 特例措置			
	2期 9~13歳未満			
	2期 特例措置			
7 BCG	12月に至るまで			
8 ポリオ (IPV)	3~90月に至るまで			
9 子宮頸がん予防	2価 小6~高1相当の女子			
	4価 小6~高1相当の女子			
10 ヒブ	2~60月に至るまで			
11 小児用肺炎球菌	2~60月に至るまで			
12 水痘	12~36月に至るまで			
13 B型肝炎	12月に至るまで			
14 (A類) 予診のみ *引き続き医療となった場合を除く	90月未満			
	その他			
15 インフルエンザ	自己負担徴収者			
	自己負担免除者			
16 高齢者用肺炎球菌	自己負担徴収者			
	自己負担免除者			
17 (B類) 予診のみ *引き続き医療となった場合を除く				
合計				

振込先

金融機関名	銀行	本・支店
種別	普通 当座 その他	
口座番号 (フリガナ)		
口座名義人		