

個別予防接種委託料請求書

H28.10～

平成 年 月 日

長 あて

金 円

上記のとおり 月 分の個別予防接種委託料を請求いたします。

医療機関名

所在地

施設長名

印

〔内訳〕

日本脳炎				MR	11,100円 ×	件 =	円
1 期				麻しん	8,400円 ×	件 =	円
7 歳 6 か月未満	7,100円 ×	件 =	円	風しん	8,400円 ×	件 =	円
7 歳 6 か月以上	6,600円 ×	件 =	円	子宮頸がん	15,600円 ×	件 =	円
2 期	6,600円 ×	件 =	円	ヒブ	7,600円 ×	件 =	円
二種混合 (DT)	5,000円 ×	件 =	円	小児用肺炎球菌	10,500円 ×	件 =	円
四種混合 (DPT-IPV)	10,800円 ×	件 =	円	水痘	9,500円 ×	件 =	円
ポリオ (IPV)	9,700円 ×	件 =	円	B 型肝炎	7,500円 ×	件 =	円
B C G	8,600円 ×	件 =	円	予診のみ	1,000円 ×	件 =	円

<振込先>

金融機関名	銀行・金庫	本店・支店
種別・口座番号	普通・当座	
口座名義人		

*金額、件数の訂正は不可

検収