

個別予防接種委託料請求書

2019.4～

年 月 日

長 様

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〕

四種混合 (DPT-IPV)	10,900円 ×	件 =	円	B C G	8,700円 ×	件 =	円
三種混合 (DPT)	6,800円 ×	件 =	円	ポリオ (IPV)	9,800円 ×	件 =	円
二種混合 (DT)	5,000円 ×	件 =	円	子宮頸がん	15,700円 ×	件 =	円
MR	11,200円 ×	件 =	円	ヒブ	7,700円 ×	件 =	円
麻しん	8,500円 ×	件 =	円	小児用肺炎球菌	10,600円 ×	件 =	円
風しん	8,500円 ×	件 =	円	水痘	9,600円 ×	件 =	円
日本脳炎				B型肝炎	7,600円 ×	件 =	円
1 期				予診のみ	1,000円 ×	件 =	円
7 歳 6 か月未満	7,100円 ×	件 =	円				
7 歳 6 か月以上	6,600円 ×	件 =	円				
2 期	6,600円 ×	件 =	円				

<振込先>

金融機関名	銀行・信用金庫 信用組合・農協	本店・支店(所)
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