

(様式第1号)

予防接種業務(定期)委託料請求書⑦

年 月 日

(宛先)

長 所在地
名 称
代表者氏名
電 話

印

次のとおり予防接種業務委託料を請求します。

種 類	委託料単価 (ワクチン代及び消費税等込)	予診票 枚 数	請求金額
五 種 混 合	21,395円	枚	円
四 種 混 合	12,540円	枚	円
三 種 混 合	6,996円	枚	円
ポ リ オ	10,626円	枚	円
二 種 混 合	6,765円	枚	円
麻しん風しん混合(1期・2期)	11,546円	枚	円
麻 し ん	7,960円	枚	円
風しん(1期・2期)	7,966円	枚	円
日 本 脳 炎	7,724円	枚	円
B C G	12,936円	枚	円
ヒ ブ	10,628円	枚	円
小児用肺炎球菌(20価・15価)	13,871円	枚	円
子宮頸がん(2価・4価)	16,731円	枚	円
子 宮 頸 がん(9 価)	27,336円	枚	円
水 痘	10,736円	枚	円
B 型 肝 炎	8,083円	枚	円
ロ タ リ ッ ク ス	16,456円	枚	円
ロ タ テ ッ ク	11,429円	枚	円
麻しん風しん混合(5期)	10,213円	枚	円
風 し ん(5 期)	6,633円	枚	円
予 診 料 (接種不可者に対する予診及び指導料)	3,201円	枚	円
請 求 金 額 及 び 件 数		枚	円

【金融機関振込依頼書】 ※予診票を合わせて提出してください。

振込先	銀行		支店			
	フリガナ	口座 種別	普通・当座			
	口座 名義		口座 番号			

※市使用欄
検収者印
令和 年 月 日