

予防接種業務委託料請求書

令和8年4月改定

(宛先)南アルプス市長

年 月分の予防接種に要した金額を次のとおり請求します。(添付書類:被接種者予診票)

合計金額 円

年 月 日

所在地

医療機関名

代表者氏名

印

予防接種名		金額	
五種混合(DPT-IPV-Hib)		20,440 円 ×	人分 = 円
二種混合(DT)	第 2 期	6,500 円 ×	人分 = 円
麻しん風しん混合(MR)	第 1 期	12,740 円 ×	人分 = 円
	第 2 期	10,480 円 ×	人分 = 円
日本脳炎	第 1 期	7,590 円 ×	人分 = 円
	第 2 期	7,700 円 ×	人分 = 円
結核(BCG)		13,210 円 ×	人分 = 円
小児用肺炎球菌感染症		12,230 円 ×	人分 = 円
子宮頸がん予防	9 価	29,390 円 ×	人分 = 円
水痘		11,010 円 ×	人分 = 円
B型肝炎		6,350 円 ×	人分 = 円
ロタウイルス感染症	1価(ロタリックス)	14,540 円 ×	人分 = 円
	5価(ロタテック)	8,930 円 ×	人分 = 円
予診のみ	乳 幼 児	4,190 円 ×	人分 = 円
	そ の 他	3,360 円 ×	人分 = 円

【振込先】

※口座名義は銀行に届けている正式名称をカタカナのみでご記入ください。

金融機関名		支店名	
口座番号	普通・当座	NO.	
口座名義 (※カタカナのみ)			

※南アルプス市記入欄 【検収】上記のことについて相違ないことを確認しました。

年 月 日

職員氏名

印