

徳島県予防接種広域化委託契約請求書

請求日 令和 年 月 日

長 殿

医療機関所在  
医療機関名  
代表者名  
電話番号

印

令和 年 月分の徳島県予防接種広域化委託契約にかかる 分の費用について、以下のとおり請求します。

**金額**                       **円**

(金額は、アラビア数字で頭部に¥をつけ、数字の誤りは訂正しないでください。)

(内訳)

ワクチン区分	延べ接種件数	単価	請求額	備考
BCG	件	10,138 円	円	
不活化ポリオワクチン	件	10,395 円	円	
4種混合	件	11,788 円	円	
3種混合	件	5,940 円	円	
2種混合	90月に至るまで	件 5,830 円	円	
	11歳から13歳未満	件 5,005 円	円	
麻しん風しん混合	1期	件 11,055 円	円	
麻しん単抗原		件 7,480 円	円	
風しん単抗原		件 7,491 円	円	
麻しん風しん混合	2期	件 10,230 円	円	
麻しん単抗原		件 6,655 円	円	
風しん単抗原		件 6,666 円	円	
日本脳炎	5期	件 6,666 円	円	
	90月未満	件 7,047 円	円	
	90月から20歳未満	件 7,150 円	円	
Hib感染症	件	9,192 円	円	
小児の肺炎球菌感染症	件	12,558 円	円	
ヒトパピローマウイルス感染症	2価・4価	件 16,775 円	円	
	9価	件 28,971 円	円	
水痘	件	9,350 円	円	
B型肝炎	0.25ml	件 7,076 円	円	
	0.5ml	件 7,344 円	円	
ロタウイルス	1価(ロタリックス)	件 15,143 円	円	
	5価(ロタテック)	件 10,116 円	円	
接種不可者	件	1,996 円	円	
合計	件		円	請求金額と一致

※単価には、予診料・ワクチン代・接種手技料・消費税を含むものとする。

口座振込先	
金融機関名 ( )	店舗名 ( )
預金種別 ( 1 普通 2 当座 3 その他 )	
口座番号	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> (右づめ)
口座名義人(カタカナ書き)	( )