

徳島県予防接種広域化委託契約 業務完了報告書

令和 年 月 日

長 殿

医療機関コード

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ついて、以下のとおり業務が完了しましたので、ご報告します。

ワクチン区分		延べ接種件数	単価		請求額		備考
BCG		件	7,674	円		円	
不活化ポリオワクチン		件	10,320	円		円	
4種混合		件	11,454	円		円	
3種混合		件	5,746	円		円	
2種混合	90月に至るまで	件	5,838	円		円	
	11歳から13歳未満	件	4,828	円		円	
麻しん風しん混合	1期	件	10,768	円		円	
麻しん単抗原		件	7,258	円		円	
風しん単抗原		件	7,268	円		円	
麻しん風しん混合	2期	件	9,958	円		円	
麻しん単抗原		件	6,448	円		円	
風しん単抗原		件	6,458	円		円	
日本脳炎	90月未満	件	6,854	円		円	
	90月から20歳未満	件	6,934	円		円	
Hib感染症		件	8,906	円		円	
小児の肺炎球菌感染症		件	12,210	円		円	
ヒトパピローマウイルス感染症		件	16,384	円		円	
水痘		件	9,094	円		円	
B型肝炎	0.25ml	件	6,785	円		円	
	0.5ml	件	7,045	円		円	
接種不可者		件	1,928	円		円	
合計		件				円	

徳島県予防接種広域化委託契約 業務完了報告書

令和 年 月 日

長 殿

医療機関コード

医療機関所在

医療機関名

代表者名

電話番号

印

平成 年 月分の徳島県予防接種広域化委託契約について、以下のとおり業務が完了しましたので、ご報告します。

ワクチン区分		延べ接種件数	単価		請求額		備考
BCG		件	7,674	円		円	
不活化ポリオワクチン		件	10,320	円		円	
4種混合		件	11,454	円		円	
3種混合		件	5,746	円		円	
2種混合	90月に至るまで	件	5,838	円		円	
	11歳から13歳未満	件	4,828	円		円	
麻しん風しん混合	1期	件	10,768	円		円	
麻しん単抗原		件	7,258	円		円	
風しん単抗原		件	7,268	円		円	
麻しん風しん混合	2期	件	9,958	円		円	
麻しん単抗原		件	6,448	円		円	
風しん単抗原		件	6,458	円		円	
日本脳炎	90月未満	件	6,854	円		円	
	90月から20歳未満	件	6,934	円		円	
Hib感染症		件	8,906	円		円	
小児の肺炎球菌感染症		件	12,210	円		円	
ヒトパピローマウイルス感染症		件	16,384	円		円	
水痘		件	9,094	円		円	
B型肝炎	0.25ml	件	6,785	円		円	
	0.5ml	件	7,045	円		円	
接種不可者		件	1,928	円		円	
合計		件				円	

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	7,674 円	円	
不活化ポリオワクチン	件	10,320 円	円	
4種混合	件	11,454 円	円	
3種混合	件	5,746 円	円	
2種混合	90月に至るまで	件 5,838 円	円	
	11歳から13歳未満	件 4,828 円	円	
麻しん風しん混合	1期	件 10,768 円	円	
麻しん単抗原		件 7,258 円	円	
風しん単抗原		件 7,268 円	円	
麻しん風しん混合	2期	件 9,958 円	円	
麻しん単抗原		件 6,448 円	円	
風しん単抗原		件 6,458 円	円	
日本脳炎	90月未満	件 6,854 円	円	
	90月から20歳未満	件 6,934 円	円	
Hib感染症	件	8,906 円	円	
小児の肺炎球菌感染症	件	12,210 円	円	
ヒトパピローマウイルス感染症	件	16,384 円	円	
水痘	件	9,094 円	円	
B型肝炎	0. 25ml	件 6,785 円	円	
	0. 5ml	件 7,045 円	円	
接種不可者	件	1,928 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	(右づめ)
口座名義人(カタカナ書き)	()