様式第1号（第4条関係）

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　　印

電話番号

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	11,788	円		円	
不活化ポリオワクチン			件	10,395	円		円	
5種混合			件	20,708	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	
風しん単抗原	5期		件	6,666	円		円	
日本脳炎	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	10,073	円		円	
小児の肺炎球菌感染症	13・15価		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　　（右づめ）

口座名義人（カタカナ書き）

（　　）

（令和6年4月以降）