

令和 8 年度 予防接種委託料

予防接種の種類		委託料金 (消費税含む)	委託料金内訳		
			公費負担額	自己負担額	
二種混合 (ジフテリア、破傷風)	Ⅱ期	6,336円	6,336円	0円	
麻しん及び風しん混合	Ⅰ期	12,414円	12,414円	0円	
	Ⅱ期	10,984円	10,984円	0円	
日本脳炎	Ⅰ期	7,447円	7,447円	0円	
	Ⅱ期	7,051円	7,051円	0円	
BCG		13,101円	13,101円	0円	
急性灰白髄炎(ポリオ)		9,516円	9,516円	0円	
Hib感染症		10,573円	10,573円	0円	
五種混合 (ジフテリア/百日せき/破傷風/ポリオ/Hib)		21,967円	21,967円	0円	
小児の肺炎球菌感染症		13,896円	13,896円	0円	
ヒトパピローマウイルス感染症		28,347円	28,347円	0円	
水痘		10,846円	10,846円	0円	
高齢者の肺炎球菌感染症	一般	11,674円	8,674円	3,000円	
	生活保護	11,674円	11,674円	0円	
B型肝炎		8,111円	8,111円	0円	
ロタウイルス	1価	16,401円	16,401円	0円	
	5価	11,462円	11,462円	0円	
带状疱疹	不活化	一般	11,626円	10,000円	
		生活保護		全額	0円
	生	一般	8,591円	4,591円	4,000円
		生活保護		全額	0円
RSウイルス		29,876円	29,876円	0円	
予診のみ		1,606円	1,606円	0円	

令和 8 年度 予防接種委託料請求書

令和 年 月 日

下郷町長 様

所在地

医療機関名

代表者名

印

令和 年 月実施の予防接種に関する委託料として、次のとおり請求します。

請求金額 ¥ 円

内訳

予防接種の種類		人数①	公費負担額②	自己負担額	金額 (①×②)
二種混合	Ⅱ期		6,336円	0円	
麻しん及び風しん混合	Ⅰ期		12,414円	0円	
	Ⅱ期		10,984円	0円	
日本脳炎	Ⅰ期		7,447円	0円	
	Ⅱ期		7,051円	0円	
BCG			13,101円	0円	
不活化ポリオ			9,516円	0円	
Hib感染症			10,573円	0円	
五種混合			21,967円	0円	
小児の肺炎球菌感染症			13,896円	0円	
ヒトパピローマウイルス感染症			28,347円	0円	
水痘			10,846円	0円	
高齢者の肺炎球菌感染症	一般		8,674円	3,000円	
	生活保護		11,674円	0円	
B型肝炎			8,111円	0円	
ロタウイルス	1価		16,401円	0円	
	5価		11,462円	0円	
帯状疱疹	不活化	一般	11,626円	10,000円	
		生活保護	21,626円	0円	
	生	一般	4,591円	4,000円	
		生活保護	8,591円	0円	
RSウイルス			29,876円	0円	
予診のみ			1,606円	0円	
計					

振込先

金融機関名	銀行		本・支店	
口座種別	普通・当座・その他	口座番号		
(フリガナ)				
口座名義人				