別紙様式

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	
高齢者インフルエンザ	一　般		２，０００円	医療機関の接種料金から2,000円引いた額	
	生活保護		（医療機関の接種料金）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	
新型コロナウイルス感染症	一　般		１３，５７６円	２，０００円	
	生活保護		１５，５７６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	
帯状疱疹 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			