様式第２号

令和５年度下郷町予防接種委託料請求書

　　年　　月　　日

下郷町長　様

所在地

医療機関名

代表者名　　　　　　　　　　　　　　印

　　　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 | 単　価 | 自己負担額 | 金　額 |
| ＢＣＧ |  | 11,143円 | 0円 | 円 |
| 二　種　混　合 |  | 5,276円 | 0円 | 円 |
| 四　種　混　合 |  | 12,892円 | 0円 | 円 |
| 不活化ポリオ |  | 9,383円 | 0円 | 円 |
| 麻しん風しん混合 | Ⅰ　　期 |  | 12,243円 | 0円 | 円 |
| Ⅱ　　期 |  | 10,813円 | 0円 | 円 |
| ロタウイルス | ロタリックス |  | 16,643円 | 0円 | 円 |
| ロタテック |  | 11,363円 | 0円 | 円 |
| 日本脳炎 | ７歳６か月未満 |  | 7,359円 | 0円 | 円 |
| ７歳６か月～ |  | 6,963円 | 0円 | 円 |
| ヒ　　　　　ブ |  | 10,164円 | 0円 | 円 |
| 小児用肺炎球菌 |  | 13,684円 | 0円 | 円 |
| 水　　　　　　 　痘 |  | 10,923円 | 0円 | 円 |
| Ｂ型肝炎 |  | 8,100円 | 0円 | 円 |
| 子宮頸がん（ＨＰＶ） | サーバリックスガーダシル |  | 16,588円 | 0円 | 円 |
| シルガード９ |  | 28,990円 | 0円 | 円 |
| インフルエンザ | 一　　　般 |  | 2,000円 | 医療機関の定める額から2,000円を差し引いた額 | 円 |
| 生活保護者 |  | （医療機関の接種料金）円 | 0円 | 円 |
| 高齢者肺炎球菌 | 一　　　般 |  | 5,763円 | 3,000円 | 円 |
| 生活保護者 |  | 8,763円 | 0円 | 円 |
| 予診のみ（高齢者を除く） |  | 1,540円 | 0円 | 円 |
|  |  |  |  |  |
| 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 |  |