

令和6年度 定期予防接種請求書(広域)

善通寺市長 様

A4サイズを使用

令和 年 月 日

債権者 住 所

医療機関名

氏 名

(代表者の職氏名)

印

債権者登録の代表者名、
印鑑を使用。押印ははっきりと内容がわかるようにお願いします。
文字が読めない、二重に押印しているのは不可。

円也

年 月分 広域予防接種委託料)

予 防 接 種 名	委 託 料 (消費税込)	件 数	額
麻しん風しん混合	11,000		円
麻しん	8,000		円
風しん	8,000		円
日本脳炎(1期)	6,900		円
日本脳炎特例(1期)	6,700		円
日本脳炎(2期)	6,700		円
二種混合(2期)	4,500		円
BCG	11,500		円
五種混合	19,300		円
小児肺炎球菌 15価	11,000		円
B型肝炎	6,100		円
水痘	9,200		円
ロタウイルス(1価)	14,200		円
ロタウイルス(5価)	9,200		円
ヒトパピローマウイルス 2価(子宮頸がん)	16,000		円
ヒトパピローマウイルス 4価(子宮頸がん)	16,000		円
ヒトパピローマウイルス 9価(子宮頸がん)	28,400		円
四種混合	10,300		円
Hib	7,800		円
小児肺炎球菌 13価	11,000		円
三種混合			円
ポリオ			円
合 計		件	円

請求日を記入してください。
(注)接種月の末日までに請求書を作成した場合、請求日は翌月にしてください。
(例)接種月が1月の場合
請求日:2月1日以降でおねがいします。

金額の合計を入れる。

人数の合計を必ず入れる。

責任者氏名

担当者氏名

連絡先

※請求者の押印(個人印又は法人代表者印)がある場合は、
責任者及び担当者の氏名並びに連絡先の記載は不要です。

- ・「責任者氏名」欄及び「担当者氏名」欄には所属名及び役職名を記載するとともに、フルネームで氏名を記載してください。
- ・「責任者」は、役職に関わらず、請求書に係る事務を担当する部門の長を指します。
- ・「担当者」は、請求書に係る事務を担当する部門の者を指します。
- ・責任者及び担当者が同じ者の場合は、責任者及び担当者氏名として記載してください。
- ・個人の場合は、上記と同様に責任者及び担当者氏名として記載してください。
- ・「連絡先」は、固定電話としてください。固定電話を設置していない場合は、携帯電話番号としてください。