

令和7年度 定期予防接種請求書(広域)

善通寺市長 様

令和 年 月 日

A4サイズを使用

債権者 住 所
医 療 機 関 名
氏 名
(代表者の職氏名)

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。

下記のとおり請求します。

請 求 金 額

(ただし、令和 年 月分 市内予)

予 防 接 種 名		委 託 料	金 額
麻しん風			円
麻しん			円
風しん			円
日本脳炎			円
日本脳炎			円
日本脳炎			円
二種混合			円
BCG			円
五種混合			円
小児肺炎			円
小児肺炎			円
B型肝炎			円
水痘		5,200 円	円
ロタウイルス(1価)		14,200 円	円
ロタウイルス(5価)		9,200 円	円
ヒトパピローマウイルス 2価(子宮頸がん)		16,000 円	円
ヒトパピローマウイルス 4価(子宮頸がん)		16,000 円	円
ヒトパピローマウイルス 9価(子宮頸がん)		28,400 円	円
四種混合		10,300 円	円
Hib		8,300 円	円
三種混合		5,000 円	円
ポリオ		9,200 円	円
特例措置	麻しん風しん混合	11,000 円	円
行政措置	麻しん	8,000 円	円
	風しん	8,000 円	円
合 計			円
		件	

請求書への押印について

□ 押印される場合

- ・請求書下部の「責任者氏名・担当者氏名・連絡先」の記載は不要です。
- ・債権者登録の代表者名の印鑑を使用する。
- ・文字が読めない、二重に押印している場合は不可となります。

□ 押印を省略する場合

- ・請求書下部の「責任者氏名・担当者氏名・連絡先」の記載が必要です。
- ・「責任者氏名」欄及び「担当者氏名」欄
所属名・役職名・氏名(フルネーム)を記載
- ・「連絡先」欄
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、携帯電話番号をしてください。

責任者氏名
担当者氏名
連 絡 先

※請求者の押印(債権者登録の法人代表者印又は個人印)をされない場合は、責任者及び担当者の氏名並びに連絡先の記載が必要です。