

【A類請求用】

令和 年 月 日

上野原市長 あて

所在地

医療機関名

代表者名

印

令和5年度個別予防接種の接種料金の請求について

令和 年 月実施分につき次のとおり請求します。

請求金額 円

【内 訳】

種 目	接種料金(円)	接種者数	金額 (円)
三種（ジフテリア・破傷風・百日咳）混合 1 期初回	7,050		
三種（ジフテリア・破傷風・百日咳）混合 1 期追加	8,770		
四種（ジフテリア・破傷風・百日咳・ポリオ）混合 1 期初回、追加	10,160		
二種（ジフテリア・破傷風）混合 1 期初回	6,230		
二種（ジフテリア・破傷風）混合 1 期追加	7,540		
二種（ジフテリア・破傷風）混合 2 期	5,170		
単独不活化ポリオ 初回、追加	10,190		
麻しん風しん（MR）混合 1 期	12,480		
麻しん風しん（MR）混合 2 期	10,250		
麻しん 1 期、2 期	8,770		
風しん 1 期、2 期	8,790		
日本脳炎 1 期初回、1 期追加、2 期	7,630		
BCG	10,720		
ヒブワクチン	8,310		
小児用肺炎球菌ワクチン	10,430		
子宮頸がん予防ワクチン（サーバリックス・ガーダシル）	15,680		
子宮頸がん予防ワクチン（シルガード9）	28,240		
水痘ワクチン	8,300		
B型肝炎ワクチン	5,350		
経口弱毒性ヒトロタウイルスワクチン（ロタリックス）	13,360		
五価経口弱毒性ヒトロタウイルスワクチン（ロタテック）	8,450		
予診のみ 6歳未満	3,790		
予診のみ 6歳以上	2,990		
計		人	円

【振込先金融機関情報】

金融機関名及び支店名	銀行 ・ 金庫 組合 ・ 農協	本店 ・ 支店 支所 ・ 出張所
□座種別	普通 ・ 当座	
□座名義	(カタカナ)	
□座番号		

検 収 : 印

伝票番号 :