

【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 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 :