

(様式第1号)

予防接種業務(定期)委託料請求書⑧

年 月 日

(宛先)

長 所 在 地

名 称

代表者氏名

電 話

印

次のとおり予防接種業務委託料を請求します。

種 類	委託料単価 (ワクチン代及び消費税等込)	予診票 枚 数	請求金額
五 種 混 合	21,417円	枚	円
三 種 混 合	10,692円	枚	円
ポ リ オ	10,648円	枚	円
二 種 混 合	8,052円	枚	円
麻しん風しん混合(1期・2期)	11,541円	枚	円
麻 し ん	7,982円	枚	円
風しん(1期・2期)	7,988円	枚	円
日 本 脳 炎	7,746円	枚	円
B C G	12,958円	枚	円
ヒ ブ	10,650円	枚	円
小児用肺炎球菌(15価・20価)	13,893円	枚	円
子 宮 頸 がん(9価)	27,358円	枚	円
水 痘	10,758円	枚	円
B 型 肝 炎	8,105円	枚	円
ロ タ リ ッ ク ス	16,478円	枚	円
ロ タ テ ッ ク	11,451円	枚	円
R S ウ イ ル ス	30,008円	枚	円
麻しん風しん混合(5期)	10,235円	枚	円
風しん(5期)	6,655円	枚	円
予 診 料 (接種不可者に対する予診及び指導料)	3,223円	枚	円
請 求 金 額 及 び 件 数		枚	¥ 円

【金融機関振込依頼書】 ※予診票を合わせて提出してください。

振 込 先	銀行		支店
	フリガナ	口座 種別	普通・当座
	口座 名義		口座 番号

※市使用欄
検収者印

令和 年 月 日