

鏡石町長 様

所在地

医療機関名

代表者名

印

下記のとおり、 年 月分の個別予防接種に係る委託料を請求します。

医療機関コード  
(10桁)

[Blank box for medical institution code]

請求金額 円

予防接種種類		対象者	人数(人)	単価(円)	請求金額(円)
定期接種 A類	ロタウイルス (1回目は 生後14週6日まで)	1価	生後6週～生後24週未満	15,070	
		5価	生後6週～生後32週未満	10,043	
	三種混合 DPT	1期	生後3か月～7歳6か月未満	5,951	
	DT二種混合	1期	生後3か月～7歳6か月未満	5,830	
		2期	11歳～13歳未満	5,005	
	麻しん風しん 混合(MR)	1期	生後1歳～2歳未満	11,055	
		2期	小学校就学前の1年間	11,055	
	麻しん	1期2期	生後1歳～2歳未満, 小学校就学前1年間	7,513	
	風しん	1期2期	生後1歳～2歳未満, 小学校就学前1年間	7,513	
	日本脳炎	1期	生後6か月～7歳6か月未満	7,975	
		2期	20歳未満 (接種勧奨差し控えにより接種機会を逃した者)	7,150	
		2期	9歳以上13歳未満の1期終了者 (接種勧奨差し控えにより接種機会を逃した者は20歳未満まで)	7,150	
	BCG	—	生後3か月～1歳未満 標準: 生後5か月～8か月未満	10,384	
	不活化ポリオ	—	生後3か月～7歳6か月未満	10,530	
	四種混合 DPT-IPV	—	生後2か月～7歳6か月未満	11,568	
	Hib感染症	—	生後2か月～5歳未満	9,835	
小児の肺炎球菌	—	生後2か月～5歳未満	12,320		
子宮頸がん	2価	小学6年生～高校1年生 キャッチアップ対象者		16,775	
	4価				
	9価				
水痘	—	生後1歳～3歳未満	9,350		
B型肝炎	—	生後1歳未満	6,615		
定期接種 B類	インフルエンザ (令和5年10月1日～ 12月30日)	高齢者	自己負担額1,000円の者	4,225	
			生活保護世帯(自己負担無)	5,225	
B類	高齢者の肺炎球菌 (令和5年4月1日～ 令和6年3月31日)	高齢者	自己負担額2,000円の者	6,309	
			生活保護世帯(自己負担無)	8,309	
行政措置 予防接種	麻しん風しん混合			10,230	
	風しん			6,688	
	風しん抗体検査(HI法)			6,468	
	風しん抗体検査(EIA法)			7,865	
	おたふくかぜ			5,000	
	インフルエンザ (令和5年10月1日～12月30日)			満1歳～18歳(高校生相当) 妊婦	1,000 3,000
予診料		予診のみで接種不可の者	1,584		
合計			人		円

※振込口座欄は、年度初回請求時のみ記載をお願いいたします。

振込金融機関名	銀行・信金 農協・信組	支店・本店
預金種別及び口座番号	普通・当座	
フリガナ		
口座名義		

※翌月10日までに予診票を添えて請求してください。(3月分は3月末日付で請求書を作成してください。)