

平成30年度砺波市予防接種請求書

金 円

内訳

予防接種名		1回当たり単価 (消費税内税)	人 数	金 額
ヒブ		8,300 円	人分	円
小児用肺炎球菌		11,400 円	人分	円
B 型肝炎		6,250 円	人分	円
四種混合		10,900 円	人分	円
不活化ポリオ		9,800 円	人分	円
BCG		6,900 円	人分	円
麻しん風しん混合	第1期、第2期	10,300 円	人分	円
麻しん		6,500 円	人分	円
風しん		6,500 円	人分	円
水痘		8,750 円	人分	円
日本脳炎	1期対象年齢(6か月~90か月未満)	7,100 円	人分	円
	2期対象年齢(9歳~13歳未満)	6,350 円	人分	円
	13歳~20歳未満	6,350 円	人分	円
二種混合		5,150 円	人分	円
子宮頸がん		15,600 円	人分	円
高齢者用肺炎球菌		5,500 円	人分	円
		生保 7,800 円	人分	円
予診料(発熱等で当日接種できなかった場合)		2,820 円	人分	円

上記のとおり請求いたします。

平成 年 月 日

砺波市長 夏野 修 殿

医療機関名		
請求事業者	住所(所在地)	
	名 称	
	代表者職氏名印	印

※法人の場合は法人印の押印をお願いします

振込先	金融機関名	銀行	支店
	フリガナ		
	口座名義		
	口座番号	普通	当座

注) 予防接種予診票兼接種券を添付すること