

(様式イ)

記入例

島根県定期予防接種広域化事業実施請求書

令和〇年〇月〇日

□ □

市町村長 様

医療機関名 島根医院

所在地 松江市袖師町〇番地

電話番号 〇〇〇〇-〇〇-〇〇〇〇

開設者又は管理者名 島根 太郎 印

令和 〇 年 〇 月分について委託料を請求します。

定期予防接種広域化事業

ワクチンの種類	年齢区分	委託単価 (円)	自己負担金単価 (円)	自己負担金控除後の額 (円)	接種件数	金額 (円)
B型肝炎	1歳未満	7,000	0	7,000	3	21,000
BCG	2ヶ月以上1歳未満	7,200	0	7,200	6	43,200
麻しん風しん混合 (MR)	1歳以上2歳未満	10,000	0	10,000	4	40,000
インフルエンザ (高齢者)		4,000	1,500	2,500	3	7,500
高齢者用肺炎球菌		8,000	2,000	6,000	5	30,000
合計					21	141,700

定期予防接種を中止した場合の接種不可料金

ワクチンの種類	年齢区分	接種不可料金単価 (円)	件数	金額 (円)
BCG	2ヶ月以上1歳未満	3,500	2	7,000
麻しん風しん混合 (MR)	1歳以上2歳未満	3,500	3	10,500
合計			5	17,500

振込口座

〇 〇	銀行・信金・信組・農協	〇 〇 支店	
預金種目	普通・当座	口座番号	〇 〇 〇 〇 〇 〇 〇
フリガナ	シマネイイン		
口座名義	島根医院		

※振込口座欄は、1回目の請求時の記載内容に変更がない場合、2回目以降の請求時には記載する必要はありません。