

令和7年4月～令和8年3月接種分

定期A類予防接種請求書（医療機関請求用）

年 月 日（ 月分）

（あて先）

多気町長 様
明和町長 様
大台町長 様

所在地
医療機関 名称
代表者
電話番号

印

予防接種法による予防接種を下記のとおり実施しましたので、請求いたします。

種類	回数	委託料(円) × 件数(件) = 金額(円)		
ロタ1価	1回目	16,852		
	2回目			
ロタ5価	1回目	11,825		
	2回目			
	3回目			
B型肝炎	1回目	8,855		
	2回目			
	3回目			
ヒブ	初回1回目	11,462		
	初回2回目			
	初回3回目			
	初回追加			
小児用肺炎球菌	初回1回目	14,542		
	初回2回目			
	初回3回目			
	初回追加			
四種混合	1期1回目	13,882		
	1期2回目			
	1期3回目			
	1期追加			
五種混合	1期1回目	22,682		
	1期2回目			
	1期3回目			
	1期追加			
BCG		13,772		

種類	回数	委託料(円) × 件数(件) = 金額(円)		
MR	1期	13,332		
	2期	11,902		
水痘	1回目	11,572		
	2回目			
DT	2期	5,632		
日本脳炎	1期1回目	8,767		
	1期2回目			
	1期追加			
	2期	7,722		
	特例1回目	7,722		
	特例2回目			
	特例追加			
子宮頸がん2価4価	1回目	17,347		
	2回目			
	3回目			
子宮頸がん9価	1回目	28,347		
	2回目			
	3回目			
予診のみ		3,201		

● その他（記入してください）

種類	回数	委託料(円) × 件数(件) = 金額(円)		

合 計	円
-----	---

振込先について、該当する□に必ずチェックをお願いします。

☐ 今年度予防接種を初めて請求（振込先をご記入ください） ☐ 変更あり（振込先をご記入ください） ☐ 変更なし

振込先 銀行・JA・信用金庫 本店・支店・出張所

口座種別 普通 ・ 当座 口座番号

フリガナ
口座名義

※訂正時は請求印で訂正してください。なお、合計金額の訂正はできませんのでお手数ですがお書き直してください。
※締め切りは各月10日必着とし、土・日・祝日と重なる場合は翌開庁日（土・日・祝日を除く）必着とします。