（様式２）　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　令和　　年　　月　　日

医療機関所在地

医療機関名

代表者名

電話番号

 伊　予　市　長　　様

　印

令和７年度　Ａ類定期予防接種委託料請求書（広域）

　　　　　　　請求金額　　　　　　　　　　　　円（消費税及び地方消費税を含む。）

令和７年度　　　月分予防接種委託料として、予防接種券、予診票等必要書類を添えて請求します。

（内　訳）

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 予防接種の種類 | 件数 | 単　価 | 金　　　額 | 摘　要 |
| 五種混合 | 件 | ２０，２４６円 | 円 |  |
| 四種混合 | 件 | １１，３０２円 | 円 |  |
| 三種混合 | 件 | ５，８３５円 | 円 |  |
| 二種混合 | 件 | ５，１６６円 | 円 |  |
| ポリオ | 件 | １０，１７６円 | 円 |  |
| 麻しん風しん混合（１期） | 件 | １２，６１３円 | 円 |  |
| 麻しん風しん混合（２期） | 件 | １１，１８３円 | 円 |  |
| 麻しん（１期） | 件 | ９，０６１円 | 円 |  |
| 麻しん（２期） | 件 | ７，６３１円 | 円 |  |
| 風しん（１期） | 件 | ９，０５４円 | 円 |  |
| 風しん（２期） | 件 | ７，６２４円 | 円 |  |
| 日本脳炎 | （１期） | 件 | ８，３４４円 | 円 |  |
| （１期 特例） | 件 | ７，３０２円 | 円 |  |
| 日本脳炎　 （２期 特例を含む） | 件 | ７，３０２円 | 円 |  |
| ＢＣＧ | 件 | １３，１３１円 | 円 |  |
| Ｈｉｂ感染症 | 件 | ９，１２６円 | 円 |  |
| 小児の肺炎球菌感染症 | 15価 | 件 | １２，１０５円 | 円 |  |
| 20価 | 件 | １２，１０５円 | 円 |  |
| ヒトパピローマウイルス感染症 | ２価，４価 | 件 | １５，７３６円 | 円 |  |
| ９価 | 件 | ２８，９５９円 | 円 |  |
| 水痘 | 件 | １０，９１２円 | 円 |  |
| Ｂ型肝炎 | 件 | ７，００９円 | 円 |  |
| ロタウイルス感染症 | １価 | 件 | １５，１６３円 | 円 |  |
| ５価 | 件 | ９，５３９円 | 円 |  |
| 予診のみ | 件 | ３，３１１円 | 円 |  |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 口座振替先 | 銀　　行 信用金庫 組　　合 | 本　店 支　店 支　所出張所 |
| 普通当座 | 口座番号 | フリガナ口座名義人 |

※　初めて請求を行う際には、各市町が定める口座振替申込書兼債権者登録票を添付してください。（様式等詳細については、各市町の担当までお問合せください。）。

※　フリガナは必ず記入してください。

※　請求代表者と口座名義人が異なる場合は、委任状が必要です（様式等詳細については、各市町の担当までお問合せください。）