

伊 予 市 長 様

医療機関所在地  
医療機関名  
代表者名  
電話番号

令和8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8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	20,252円	円	
三種混合		件	9,520円	円	
二種混合		件	6,446円	円	
ポリオ		件	10,171円	円	
麻しん風しん混合(1期)		件	12,617円	円	
麻しん風しん混合(2期)		件	11,187円	円	
麻しん(1期)		件	9,055円	円	
麻しん(2期)		件	7,625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	
H i b		件	9,126円	円	
小児の肺炎球菌	15価	件	12,103円	円	
	20価	件	12,098円	円	
ヒトパピローマウイルス		9価	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	1価	件	15,163円	円	
	5価	件	9,539円	円	
RSウイルス		件	30,041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。)