

令和 7 年度定期予防接種実績報告書兼請求書 (月分)

桂川町長 殿

所 在 地 _____

医療機関名 _____

電話番号 _____

管理者名 _____ 印

添付予診票のとおり、予防接種が完了いたしましたので、下記のとおり請求します。

記

ワクチン名		1 件あたりの料金(円)	件 数	請求金額 (円)
5 種混合 (百日せき、ジフテリア、破傷風、ポリオ、ヒブ)		2 0, 5 5 3		
4 種混合 (百日せき、ジフテリア、破傷風、ポリオ)		1 1, 6 4 3		
3 種混合 (百日せき、ジフテリア、破傷風)		6, 1 5 4		
2 種混合 (ジフテリア及び破傷風)	11 歳～13 歳未満	5, 0 9 8		
	7 歳 6 か月未満	6, 3 9 6		
不活化ポリオ (単独)		1 0, 3 2 3		
MR (麻しん・風しん)	I 期・II 期	1 0, 9 8 3		
麻しん (単抗原)	I 期・II 期	7, 4 0 8		
風しん (単抗原)	I 期・II 期	7, 4 1 9		
日本脳炎	6 歳未満	7, 9 0 3		
	6 歳以上	7, 0 7 8		
B C G		1 1, 4 7 8		
H P V (ヒトパピローマウイルス)	2 価・4 価	1 6, 7 0 3		
	9 価	2 7, 3 9 2		
ヒブ		9, 3 3 5		
小児用肺炎球菌		1 2, 4 1 3		
水痘		9, 2 7 8		
B 型肝炎	0. 2 5 ml (シリンジ)	6, 7 0 8		
	0. 5 ml	6, 9 1 9		
ロタ	ロタリックス (1 価)	1 4, 9 9 8		
	ロタテック (5 価)	9, 9 7 1		
不可問診	7 歳 6 か月未満 (日本脳炎は 6 歳未満)	3, 2 2 8		
	7 歳 6 か月以上 (日本脳炎は 6 歳以上)	3, 2 2 8		
合計				

(振込み金融機関)

銀行		支店	口座名義人
預金 種目	普通・当座・貯蓄	口座番号	フリガナ 氏名

※予診票と一緒に翌月 1 0 日までに提出してください。

提出先 〒820-0693 桂川町大字土居 361 桂川町総合福祉センター ☎0948-65-0001