

秋田県広域予防接種 実施報告書 兼 請求書

令和 年 月 日

(宛先) 湯上市長 様

医療機関名 :  
所在地 :  
氏名 :  
印

定期予防接種にかかる 令和 年 月分 の委託料として、次のとおり請求します。

請求金額 円

【内訳】 (令和6年4月1日現在)

種類	区分	件数(人) (A)	単価 (B)	金額 (A)×(B)
五種混合 (DPT-IPV-Hib)	***		20,152 円	
四種混合 (DPT-IPV)	***		11,165 円	
三種混合 (DPT)	***		5,676 円	
二種混合 (DT)			5,005 円	
不活化ポリオ	***		10,010 円	
麻しん風しん混合 (MR)	第1期		12,540 円	
	第2期 5歳児		11,110 円	
	第2期 6歳児		10,285 円	
麻しん	第1期		8,943 円	
	第2期 5歳児		7,513 円	
	第2期 6歳児		6,688 円	
風しん	第1期		8,943 円	
	第2期 5歳児		7,513 円	
	第2期 6歳児		6,688 円	
日本脳炎	***		7,216 円	
結核 (BCG)			12,980 円	
Hib感染症			9,451 円	
小児用肺炎球菌	13価		12,276 円	
	15価		12,276 円	
ヒトパピローマウイルス感染症	2価		16,775 円	
	4価		16,775 円	
	9価		28,237 円	
水痘			10,780 円	
B型肝炎			6,813 円	
ロタウイルス感染症	1価		16,500 円	
	5価		11,473 円	
インフルエンザ (高齢者)	実費徴収免除者			
	一般		1,000 円	
高齢者用肺炎球菌	実費徴収免除者			
	一般		3,000 円	
新型コロナウイルス感染症	実費徴収免除者			
予診料	無し			
合計				

摘要	インフルエンザの実施期間は10月～2月
注意事項	【インフルエンザ(高齢者)】生保世帯全額助成 【高齢者用肺炎球菌】生保世帯全額助成 押印不要。ただし、余白に「発行責任者職名・氏名、担当者職名・氏名及び連絡先電話番号」を記載すること。発行責任者等記載しない場合は要押印。

【振込先】

金融機関名		本・支店名	
預金種別		口座番号	
フリガナ 口座名義			

- ◎ 添付書類 : 予診票
- ◎ 特記 : 請求者の押印要否 及び 風しん第5期の請求方法は、各市町村担当課所に確認してください。  
(上の注意事項に記載がある場合を除く)。

市町村担当課所: 健康長寿課 感染症予防班 電話: 018-853-5250