

令和 6 年度埼玉県住所外定期予防接種（相互乗り入れ）委託料請求書

請求金額                      金                      円（税込）

令和    年        月分    の委託料として、予診票を添えて請求いたします。

内 訳 (円)

項目（予防接種の種類）		委託料単価 （税込み）	件数	委 託 料 （税込み）
ワクチン名	種類等			
ヒブ				
小児用肺炎球菌	1 3 価			
	1 5 価			
B型肝炎				
ロタウイルス	ロタリックス(1 価)			
	ロタテック(5 価)			
ポリオ単独				
4 種混合				
5 種混合				
B C G				
水痘				
麻しん風しん混合				
麻しん単抗原				
風しん単抗原				
日本脳炎				
2 種混合				
HPV	2 価・4 価			
	9 価			
高齢者肺炎球菌	一般			
	生活保護等			
予診のみ				
<b>合 計</b>				

消費税 10 %

令和    年        月        日

市町村長

医療機関名  
所在地  
電話番号  
施設長名  
登録番号

Ⓔ

T																			
---	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

口座振替（振込先）

※登録番号を取得している医療機関等は記載

銀行・組合 信用金庫	支店	口座番号（普・当） 支所
（金融機関コード                      ）	（支店コード                      ）	

（フリガナ） 口座名義	
----------------	--