**青森県内広域予防接種委託料請求書**

（別紙様式６）（７の（１）関係）

令和　　年　　月　　日

市（町・村）長　殿

所 在 地

医療機関名

代 表 者 名

令和　　年　　月実施の予防接種に係る委託料として、次のとおり請求します。

**請求金額　　　\　　　　　　　　円**

１　内訳

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 予防接種の種類 | | | | 人　　数 | 単価（円） | 金　　額 |
| 四種混合 | | | ６歳未満 |  |  |  |
| ６歳以上 |  |  |  |
| 二種混合 | | | |  |  |  |
| ＭＲ混合（第１期及び第２期に限る） | | | ６歳未満 |  |  |  |
| ６歳以上 |  |  |  |
| 日本脳炎（第１期） | | | ６歳未満 |  |  |  |
| ６歳以上 |  |  |  |
| 日本脳炎（第２期） | | | |  |  |  |
| ＢＣＧ | | | |  |  |  |
| ポリオ | | | ６歳未満 |  |  |  |
| ６歳以上 |  |  |  |
| ＨＰＶ | | | |  |  |  |
| ヒブ | | | |  |  |  |
| 小児用肺炎球菌 | | | |  |  |  |
| 水痘 | | | |  |  |  |
| Ｂ型肝炎 | バイアル | 0.5ml | |  |  |  |
| 0.25ml | |  |  |  |
| シリンジ | 0.5ml | |  |  |  |
| 0.25ml | |  |  |  |
| ロタウイルス | | 1価 | |  |  |  |
| 5価 | |  |  |  |
| 予診のみ | | | ６歳未満 |  |  |  |
| ６歳以上 |  |  |  |
| 計 | | | |  |  |  |

２　振込先

|  |  |
| --- | --- |
| 金融機関名 | 銀行　　　　　　　　本 ・ 支店 |
| 口座種別 | 普通　　　　当座　　　　その他 |
| 口座番号 |  |
| （フリガナ） |  |
| 口座名義人 |  |