**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 |  |