

# 請 求 書

能登町長 大森 凡世 様

請求金額 円

予防接種に要した費用として、予診票を添えて 月分を請求します(消費税込)

(請求内訳)

予防接種名	単価①	実施人数②	金額①×②
ロタリックス	15,000円	人	円
ロタテック	10,000円	人	円
ヒブワクチン	8,800円	人	円
小児用肺炎球菌ワクチン(13価)	10,300円	人	円
小児用肺炎球菌ワクチン(15価)	11,800円	人	円
B型肝炎	5,500円	人	円
五種混合	21,000円	人	円
四種混合	10,900円	人	円
三種混合	6,200円	人	円
麻しん風しん混合	10,200円	人	円
麻しん	6,700円	人	円
風しん	6,700円	人	円
風しん(第5期)	6,000円	人	円
水痘(水ぼうそう)	7,900円	人	円
ポリオワクチン	9,700円	人	円
日本脳炎	I 期 幼児	7,300円	人 円
	I 期 小学生以上	6,700円	人 円
	II 期 9歳以上	6,700円	人 円
二種混合	5,300円	人	円
子宮頸がん予防ワクチン(2価、4価)	16,500円	人	円
子宮頸がん予防ワクチン(9価)	31,500円	人	円
合計			円

年 月 日

所在地

医療機関名

医療機関の長

取引金融機関		
口座番号	普・当	
フリガナ		
口座名義		

# 請 求 書 (BCG)

能登町長 大森 凡世 様

請求金額 \_\_\_\_\_ 円

予防接種に要した費用として、予診票を添えて \_\_\_\_\_ 月分を請求します(消費税込)。

(請求内訳)

予防接種名	単価①	実施人数②	金額①×②
BCG	9,100円	_____ 人	_____ 円
合計			_____ 円

\_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日

所在地

医療機関名

医療機関の長

取引金融機関	_____	
口座番号	普・当	_____
フリガナ	_____	
口座名義	_____	

# 高齢者肺炎球菌予防接種 請求書

能登町長 大森 凡世 様

請求金額 円

ただし、令和6年度高齢者肺炎球菌予防接種委託料

## 請求内訳

区分	単価	接種内訳		接種人数計	請求金額計
		60～64歳の心・腎・呼吸器等制限され、日常生活に支障ありに該当する者 ※1	今年度65歳の者		
自己負担 2,200円あり	5,500				
生活保護 世帯 ※2	7,700				

令和 年 月 日

所在地

名称

医療機関の長

取引金融機関		
口座番号	普・当	No.
フリガナ		
口座名義		

※1 60～64歳の該当者の場合は、予診票の下欄に必要事項をご記入ください。

※2 生活保護に該当する場合は「無料券」を添付してください。

※3 令和6年能登半島地震により規定の接種時期に定期予防接種を受けることのできなかつた被災者

○被接種者の予診票を添付し、各月ごとに請求してください。