

令和6年度 予防接種委託料

予防接種の種類		委託料金 (消費税含む)	委託料金内訳	
			公費負担額	自己負担額
二種混合 (ジフテリア、破傷風)	Ⅱ期	5,298円	5,298円	0円
麻しん及び風しん混合	Ⅰ期	12,265円	12,265円	0円
	Ⅱ期	10,835円	10,835円	0円
日本脳炎	Ⅰ期	7,447円	7,447円	0円
	Ⅱ期	6,985円	6,985円	0円
BCG		12,815円	12,815円	0円
インフルエンザ	一般	医療機関の 定める額	2,000円	医療機関の定める額 から公費負担2,000 円を差し引いた額
	生活保護	医療機関の 定める額	全額	0円
急性灰白髄炎(ポリオ)		9,405円	9,405円	0円
四種混合 (ジフテリア、百日せき、破傷風、ポリオ)		12,914円	12,914円	0円
H i b 感染症		11,100円	11,100円	0円
五種混合 (ジフテリア/百日せき/破傷風/ポリオ/H i b)		21,824円	21,824円	0円
小児の肺炎球菌感染症		13,750円	13,750円	0円
子宮頸がん予防ワクチン	2価・4価	16,610円	16,610円	0円
	9価	29,012円	29,012円	0円
水痘		10,945円	10,945円	0円
高齢者の肺炎球菌感染症	一般	8,785円	5,785円	3,000円
	生活保護	8,785円	8,785円	0円
B型肝炎		8,122円	8,122円	0円
ロタウイルスワクチン	1価	16,665円	16,665円	0円
	5価	11,385円	11,385円	0円
新型コロナウイルス感染症	一般	医療機関の 定める額	医療機関の定める額 から自己負担2,000 円を差し引いた額	2,000円
	生活保護	医療機関の 定める額	全額	0円
予診のみ		1,540円	1,540円	0円

別紙様式

令和6年度 予防接種委託料請求書

令和 年 月 日

下郷町長 様

所在地

医療機関名

代表者名

印

令和 年 月実施の予防接種に関する委託料として、次のとおり請求します。

請求金額 円

内訳

予防接種の種類		人数	単価	自己負担額	金額
二種混合	Ⅱ期		5,298円	0円	
麻しん及び 風しん混合	Ⅰ期		12,265円	0円	
	Ⅱ期		10,835円	0円	
日本脳炎	Ⅰ期		7,447円	0円	
	Ⅱ期		6,985円	0円	
BCG			12,815円	0円	
高齢者イン フルエンザ	一般		2,000円	医療機関の定める額から2,000円を引いた額	
	生活保護		(医療機関の接種料金) 円	0円	
四種混合			12,914円	0円	
Hib感染症			11,100円	0円	
五種混合			21,824円	0円	
小児の肺炎球菌感染症			13,750円	0円	
子宮頸がん予防 ワクチン	2価・4価		16,610円	0円	
	9価		29,012円	0円	
水痘			10,945円	0円	
高齢者の肺炎球 菌感染症	一般		5,785円	3,000円	
	生活保護		8,785円	0円	
B型肝炎			8,122円	0円	
ロタウイルス	1価		16,665円	0円	
	5価		11,385円	0円	
新型コロナ ウイルス感 染症	一般		医療機関の定める額から2,000円を引いた額	2,000円	
	生活保護		(医療機関の接種料金) 円	0円	
予診のみ			1,540円	0円	
計					

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			