

徳島県予防接種広域化委託契約請求書

請求日 平成 年 月 日

長 殿

医療機関所在

医療機関名

代表者名

電話番号

印

平成 年 月分の徳島県予防接種広域化委託契約にかかる 分の費用について、以下のとおり請求します。

| | | | | | | | | | |
|----|--|--|--|--|--|--|--|--|---|
| 金額 | | | | | | | | | 円 |
|----|--|--|--|--|--|--|--|--|---|

(金額は、アラビア数字で頭部に¥をつけ、数字の誤りは訂正しないでください。)

(内訳)

| ワクチン区分 | 延べ接種件数 | 単価 | 請求額 | 備考 |
|----------------|------------|------------|-----|---------|
| BCG | 件 | 7,674 円 | 円 | |
| 不活化ポリオワクチン | 件 | 10,320 円 | 円 | |
| 4種混合 | 件 | 11,454 円 | 円 | |
| 2種混合 | 90月に至るまで | 件 5,838 円 | 円 | |
| | 11歳から13歳未満 | 件 4,828 円 | 円 | |
| 麻しん風しん混合 | 1期 | 件 10,768 円 | 円 | |
| 麻しん単抗原 | | 件 7,258 円 | 円 | |
| 風しん単抗原 | | 件 7,268 円 | 円 | |
| 麻しん風しん混合 | 2期 | 件 9,958 円 | 円 | |
| 麻しん単抗原 | | 件 6,448 円 | 円 | |
| 風しん単抗原 | | 件 6,458 円 | 円 | |
| 日本脳炎 | 90月未満 | 件 6,854 円 | 円 | |
| | 90月から20歳未満 | 件 6,934 円 | 円 | |
| Hib感染症 | 件 | 8,906 円 | 円 | |
| 小児の肺炎球菌感染症 | 件 | 12,210 円 | 円 | |
| ヒトパピローマウイルス感染症 | 件 | 16,384 円 | 円 | |
| 水痘 | 件 | 9,094 円 | 円 | |
| B型肝炎 | 0.25ml | 件 6,761 円 | 円 | |
| | 0.5ml | 件 7,016 円 | 円 | |
| 接種不可者 | 件 | 1,928 円 | 円 | |
| 合計 | 件 | | 円 | 請求金額と一致 |

※単価には、予診料・ワクチン代・接種手技料・消費税を含むものとする。

| |
|--|
| 口座振込先 金融機関名 () 店舗名 () 預金種別 (1 普通 2 当座 3 その他) 口座番号 () (右づめ) 口座名義人(カタカナ書き) () |
|--|

徳島県予防接種広域化委託契約 業務完了報告書

平成 年 月 日

長 殿

医療機関コード
医療機関所在
医療機関名
代表者名
電話番号

印

平成 年 月分の徳島県予防接種広域化委託契約について、以下のとおり業務が完了しましたので、ご報告します。

| ワクチン区分 | | 延べ接種件数 | 単価 | | 請求額 | | 備考 |
|----------------|------------|--------|--------|---|-----|---|----|
| BCG | | 件 | 7,674 | 円 | | 円 | |
| 不活化ポリオワクチン | | 件 | 10,320 | 円 | | 円 | |
| 4種混合 | | 件 | 11,454 | 円 | | 円 | |
| 2種混合 | 90月に至るまで | 件 | 5,838 | 円 | | 円 | |
| | 11歳から13歳未満 | 件 | 4,828 | 円 | | 円 | |
| 麻しん風しん混合 | 1期 | 件 | 10,768 | 円 | | 円 | |
| 麻しん単抗原 | | 件 | 7,258 | 円 | | 円 | |
| 風しん単抗原 | | 件 | 7,268 | 円 | | 円 | |
| 麻しん風しん混合 | 2期 | 件 | 9,958 | 円 | | 円 | |
| 麻しん単抗原 | | 件 | 6,448 | 円 | | 円 | |
| 風しん単抗原 | | 件 | 6,458 | 円 | | 円 | |
| 日本脳炎 | 90月未満 | 件 | 6,854 | 円 | | 円 | |
| | 90月から20歳未満 | 件 | 6,934 | 円 | | 円 | |
| Hib感染症 | | 件 | 8,906 | 円 | | 円 | |
| 小児の肺炎球菌感染症 | | 件 | 12,210 | 円 | | 円 | |
| ヒトパピローマウイルス感染症 | | 件 | 16,384 | 円 | | 円 | |
| 水痘 | | 件 | 9,094 | 円 | | 円 | |
| B型肝炎 | 0.25ml | 件 | 6,761 | 円 | | 円 | |
| | 0.5ml | 件 | 7,016 | 円 | | 円 | |
| 接種不可者 | | 件 | 1,928 | 円 | | 円 | |
| 合計 | | 件 | | | | 円 | |

徳島県予防接種広域化委託契約請求書

日付は空けてください

請求日 平成 年 月 日

〇〇市(町村)長 殿

市町村名をご記入ください

医療機関所在地

代表者(理事長又は院長)のお名前も記入の上、医療法人なら理事長印を、個人医療機関なら代表者個人印を押印してください

医療機関名

代表者名

電話番号

印

鮮明に押印してください。

請求年月を記入してください

平成 年 月分の徳島県予防接種広域化委託契約にかかる 〇〇市(町村) 分の費用について、以下のとおり請求します。

市町村名をご記入ください

金額 **円**

(金額は、アラビア数字で頭部に¥をつけ、数字の誤りは訂正しないでください。)

(内訳)

| ワクチン区分 | 延べ接種件数 | 単価 | 請求額 | 備考 |
|----------------|------------|----------|-----|---------|
| BCG | 件 | 7,674 円 | 円 | |
| 不活化ポリオワクチン | 件 | 10,320 円 | 円 | |
| 4種混合 | 件 | 11,454 円 | 円 | |
| 2種混合 | 90月に至るまで | 5,838 円 | 円 | |
| | 11歳から13歳未満 | 4,828 円 | 円 | |
| 麻しん風しん混合 | 1期 | 10,768 円 | 円 | |
| 麻しん単抗原 | | 7,258 円 | 円 | |
| 風しん単抗原 | | 7,268 円 | 円 | |
| 麻しん風しん混合 | 2期 | 9,958 円 | 円 | |
| 麻しん単抗原 | | 6,448 円 | 円 | |
| 風しん単抗原 | | 6,458 円 | 円 | |
| 日本脳炎 | 90月未満 | 6,854 円 | 円 | |
| | 90月から20歳未満 | 6,934 円 | 円 | |
| Hib感染症 | 件 | 8,906 円 | 円 | |
| 小児の肺炎球菌感染症 | 件 | 12,210 円 | 円 | |
| ヒトパピローマウイルス感染症 | 件 | 16,384 円 | 円 | |
| 水痘 | 件 | 9,094 円 | 円 | |
| B型肝炎 | 0. 25ml | 6,761 円 | 円 | |
| | 0. 5ml | 7,016 円 | 円 | |
| 接種不可者 | 件 | 1,928 円 | 円 | |
| 合計 | 件 | | 円 | 請求金額と一致 |

複数のワクチンについて、不可者があった場合は、備考にワクチンの種類・件数を記入ください。

口座振込先

金融機関名 () 店舗名 ()

預金種別 (1 普通 2 当座 3 その他)

口座番号 (右づめ)

口座名義人(カタカナ書き)

()

徳島県予防接種広域化委託契約 業務完了報告書

日付は空けてください

平成 年 月 日

〇〇市(町村)長 殿

市町村名をご記入ください

医療機関コード

医療機関所在地

医療機関名

代表者名

電話番号

代表者(理事長又は院長)のお名前も記入の上、医療法人なら理事長印を、個人医療機関なら代表者個人印を押印してください

請求年月を記入してください

鮮明に押印してください。

印

平成 年 月分の徳島県予防接種広域化委託契約について、以下のとおり業務が完了しましたので、ご報告します。

| ワクチン区分 | | 延べ接種件数 | 単価 | | 請求額 | 備考 |
|----------------|------------|--------|--------|---|-----|----------------------------|
| BCG | | 件 | 7,674 | 円 | 円 | |
| 不活化ポリオワクチン | | 件 | 10,320 | 円 | 円 | |
| 4種混合 | | 件 | 11,454 | 円 | 円 | |
| 2種混合 | 90月に至るまで | 件 | 5,838 | 円 | 円 | |
| | 11歳から13歳未満 | 件 | 4,828 | 円 | 円 | |
| 麻しん風しん混合 | 1期 | 件 | 10,768 | 円 | 円 | |
| 麻しん単抗原 | | 件 | 7,258 | 円 | 円 | |
| 風しん単抗原 | | 件 | 7,268 | 円 | 円 | |
| 麻しん風しん混合 | 2期 | 件 | 9,958 | 円 | 円 | |
| 麻しん単抗原 | | 件 | 6,448 | 円 | 円 | |
| 風しん単抗原 | | 件 | 6,458 | 円 | 円 | |
| 日本脳炎 | 90月未満 | 件 | 6,854 | 円 | 円 | |
| | 90月から20歳未満 | 件 | 6,934 | 円 | 円 | |
| Hib感染症 | | 件 | 8,906 | 円 | 円 | |
| 小児の肺炎球菌感染症 | | 件 | 12,210 | 円 | 円 | |
| ヒトパピローマウイルス感染症 | | 件 | 16,384 | 円 | 円 | |
| 水痘 | | 件 | 9,094 | 円 | 円 | |
| B型肝炎 | 0.25ml | 件 | 6,761 | 円 | 円 | 複数のワクチンについて、不可者があった場合は、備考に |
| | 0.5ml | 件 | 7,016 | 円 | 円 | |
| 接種不可者 | | 件 | 1,928 | 円 | 円 | |
| 合計 | | 件 | | | 円 | |