様式第1号（第4条関係）

徳島県予防接種広域化委託契約請求書

請求日　令和　年　月　日

長　殿

医療機関所在

医療機関名

代表者名　印

電話番号

令和　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	11,788 円	円	
不活化ポリオワクチン		件	10,395 円	円	
5種混合		件	20,708 円	円	
4種混合		件	11,788 円	円	
3種混合		件	5,940 円	円	
2種混合	90月に至るまで	件	5,830 円	円	
	11歳から13歳未満	件	5,005 円	円	
麻しん風しん混合	1期	件	11,055 円	円	
麻しん単抗原		件	7,480 円	円	
風しん単抗原		件	7,491 円	円	
麻しん風しん混合	2期	件	10,230 円	円	
麻しん単抗原		件	6,655 円	円	
風しん単抗原		件	6,666 円	円	
風しん単抗原	5期	件	6,666 円	円	
日本脳炎	90月未満	件	7,047 円	円	
	90月から20歳未満	件	7,150 円	円	
Hib感染症		件	10,073 円	円	
小児の肺炎球菌感染症	15価・20価	件	12,558 円	円	
ヒトパピローマウイルス感染症	2価・4価	件	16,775 円	円	
	9価	件	28,971 円	円	
水痘		件	9,350 円	円	
B型肝炎	0．25ml	件	7,076 円	円	
	0．5ml	件	7,344 円	円	
ロタウイルス	1価（ロタリックス）	件	15,143 円	円	
	5価（ロタテック）	件	10,116 円	円	
接種不可者		件	1,996 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）

（　　）

（令和6年10月以降）