

予防接種業務委託料請求内訳表(4月～9月実施分)

(月分) 31

番号	接種名	件数	単位	単価(円)	金額(円)
1	麻疹風しん 第1期		件	10,610	
2	麻疹風しん 第2期		件	10,610	
3	ジフテリア・破傷風第2期		件	3,800	
4	日本脳炎 第1期 (対象; 6ヶ月から7歳6ヶ月の前日)		件	7,580	
5	日本脳炎 特例第1期 (H7.4.2～H19.4.1生で7歳半以上20歳未満) (H19.4.2～H21.10.1生で9歳以上13歳未満)		件	6,770	
6	日本脳炎 第2期・特例第2期		件	6,770	
7	麻疹(第1期・2期)		件	7,100	
8	風しん(第1期・2期)		件	7,100	
9	不活化ポリオ 第1期 初回		件	9,960	
10	不活化ポリオ 第1期 追加		件	9,960	
11	ジフテリア・百日せき・破傷風・不活化ポリオ 第1期 初回 (4種混合)		件	11,090	
12	ジフテリア・百日せき・破傷風・不活化ポリオ 第1期 追加 (4種混合)		件	11,090	
13	ヒブ(インフルエンザ菌b型) 初回		件	8,540	
14	ヒブ(インフルエンザ菌b型) 追加		件	8,540	
15	小児用肺炎球菌 初回		件	11,850	
16	小児用肺炎球菌 追加		件	11,850	
17	子宮頸がん		件	16,220	
18	結核(BCG)		件	7,310	
19	水痘(1回目)		件	8,930	
20	水痘(2回目)		件	8,930	
21	B型肝炎(1回目)		件	6,650	
22	B型肝炎(2回目)		件	6,650	
23	B型肝炎(3回目)		件	6,650	
合 計			件	合 計	

※ ワクチンの区別に必要なため、接種券には必ずワクチンシールの貼付をお願いします。

年 月 日

医療機関所在地 _____

医療機関名 _____

氏名 _____ (印)

医療機関コード _____

(担当医→金沢市医師会→金沢市健康政策課)