

予防接種業務委託料請求内訳表

( 月分) 8

番号	接種名	件数	単位	単価(円)	金額(円)
1	麻しん風しん 第1期		件	10,960	
2	麻しん風しん 第2期		件	10,960	
3	ジフテリア・破傷風第2期		件	5,290	
4	日本脳炎 第1期 (対象; 6ヶ月から7歳6ヶ月の前日)		件	7,880	
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)		件	7,050	
6	日本脳炎 第2期・特例第2期		件	7,050	
7	麻しん(第1期・2期)		件	7,380	
8	風しん(第1期・2期)		件	7,380	
9	風しん(第5期) 麻しん風しん混合ワクチン		件	10,130	
10	風しん(第5期) 風しん単独ワクチン		件	6,630	
11	不活化ポリオ 第1期 初回		件	10,300	
12	不活化ポリオ 第1期 追加		件	10,300	
13	ジフテリア・百日せき・破傷風・不活化ポリオ ヒブ 第1期 初回 (5種混合)		件	20,400	
14	ジフテリア・百日せき・破傷風・不活化ポリオ ヒブ 第1期 追加 (5種混合)		件	20,400	
15	ジフテリア・百日せき・破傷風 第1期 初回 (3種混合)		件	9,640	
16	ジフテリア・百日せき・破傷風 第1期 追加 (3種混合)		件	9,640	
17	ヒブ(インフルエンザ菌b型) 初回		件	9,200	
18	ヒブ(インフルエンザ菌b型) 追加		件	9,200	
19	小児用肺炎球菌 初回		件	12,220	
20	小児用肺炎球菌 追加		件	12,220	
21	子宮頸がん(シルガード9)		件	29,600	
22	結核(BCG)		件	11,450	
23	水痘1回目		件	9,250	
24	水痘2回目		件	9,250	
25	B型肝炎1回目		件	6,930	
26	B型肝炎2回目		件	6,930	
27	B型肝炎3回目		件	6,930	
28	ロタリックス1回目		件	14,700	
29	ロタリックス2回目		件	14,700	
30	ロタテック1回目		件	9,670	
31	ロタテック2回目		件	9,670	
32	ロタテック3回目		件	9,670	
33	RSウイルス		件	29,820	
<b>合計</b>			件	<b>合計</b>	

※ 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

住所 \_\_\_\_\_

氏名 \_\_\_\_\_

医療機関コード \_\_\_\_\_

(担当医→金沢市健康政策課)

# 請 求 書

金 額	百	十	億	千	百	十	万	千	百	十	円

上記の金額を請求します。

上記の請求金額を次の口座に振込願います。

	銀行	支店	預金	口 座 番 号
口座名義 (カナ)				

令和 年 月 日

(宛先) 金 沢 市 長

住 所

氏 名

TEL (            )            -

【担当者】  (上記と同一なら口にチェックしてください)

氏 名

TEL (            )            -

内 訳

番号	品 名	規 格 等	単 価	数 量	単 位	金 額
1	予防接種業務委託料			1	式	
2						
3						
4						
5						
6						
7						
8						
9						
10						
11						
12						
課 名 健康政策課			消 費 税 額		上記金額に含む	
発議番号			合 計			

(金沢市提出用)

予防接種業務委託料請求内訳表

( 4 月分) 8

番号	接種名	件数	単位	単価(円)	金額(円)
1	麻しん風しん 第1期	1	件	10,960	10,960
2	麻しん風しん 第2期			10,960	
3	ジフテリア・破傷風第2期			5,000	
4	日本脳炎 第1期 (対象; 6ヶ月から7歳6ヶ月)			7,000	
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)		件	7,050	
6	日本脳炎 第2期・特例第2期		件	7,050	
7	麻しん (第1期・2期)		件	7,380	
8	風しん (第1期・2期)		件	7,380	
9	風しん (第5期) 麻しん風しん混合ワクチン		件	10,130	
10	風しん (第5期) 風しん単独ワクチン		件	6,630	
11	不活化ポリオ 第1期 初回		件	10,300	
12	不活化ポリオ 第1期 追加		件	10,300	
13	ジフテリア・百日せき・破傷風・不活化ポリオ ヒブ 第1期 初回 (5種混合)		件	20,400	
14	ジフテリア・百日せき・破傷風・不活化ポリオ ヒブ 第1期 追加 (5種混合)		件	20,400	
15	ジフテリア・百日せき・破傷風 第1期 初回 (3種混合)		件	9,640	
16	ジフテリア・百日せき・破傷風 第1期 追加 (3種混合)		件	9,640	
17	ヒブ (インフルエンザ菌b型) 初回		件	9,200	
18	ヒブ (インフルエンザ菌b型) 追加		件	9,200	
19	小児用肺炎球菌 初回		件	12,220	
20	小児用肺炎球菌 追加		件	12,220	
21	子宮頸がん (シルガード9)	2	件	29,600	59,200
22	結核 (BCG)		件	11,450	
23	水痘 1回目		件	9,250	
24	水痘 2回目		件	9,250	
25	B型肝炎 1回目		件	6,930	
26	B型肝炎 2回目		件	6,930	
27	B型肝炎 3回目		件	6,930	
28	ロタリックス 1回目		件	14,700	
29	ロタリックス 2回目		件	14,700	
30	ロタテック 1回目		件	9,670	
31	ロタテック 2回目		件	9,670	
32	ロタテック 3回目		件	9,670	
33	RSウイルス		件	29,820	
<b>合計</b>		<b>3</b>	<b>件</b>	<b>合計</b>	<b>70,160</b>

ワクチンごとの接種した件数を記入ください

請求する月を記入ください。  
例) 4月接種分を5月に請求する場合  
→ (4月分)

ワクチンごとの集計額を記入ください

\* 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。

合計の件数を記入ください

年 月 日

日付は記入しないでください

- ・医療機関所在地
  - ・医療機関名
  - ・代表者名(医師名)
  - ・医療機関コード
- をp記入ください。

合計の金額を記入ください。  
この合計金額が、請求書の請求金額となります。

住所 金沢市広坂1-1-1

〇〇病院

氏名 院長 金沢 太郎

医療機関コード 1234567

請求書 記入見

請 求 書

金額	千	百	十	万	千	百	十	円
				¥	7	0	1	60

金額の前に必ず「¥」を記入ください

請求額を入れて  
請求します。  
金額を次の口座に振込願います。

振込先の銀行名、支店名、口座番号、口座名義（カタカナを必ず記入）を記入く

金沢	銀行	市役所	支店	普通	預金	口 座 番 号									
						1	2	3	4	5	6	7	8	9	0
口座名義（カナ）		イ) 〇〇													

日付は入れないでください

令和 年 月 日

(宛先) 金沢市長

ご住所、医療機関名、(法人の場合は)法人名、代表者名(医師名)、電話番号を記入ください。

住所 金沢市広坂1-1-1  
医療法人社団〇〇 〇〇病院  
氏名 理事長 金沢 太郎  
Tel (〇〇〇) 〇〇〇 - 〇〇〇〇

書類作成された担当者様の名前、電話番号を記入ください。申請者と同一の場合は【担当者】横の□にチェックを入れてください。

【担当者】  (上記と同一なら□にチェックしてください)

氏名 金沢 次郎  
Tel (〇〇〇) 〇〇〇 - 〇〇〇〇

内 訳

番号	品 名	規 格 等	単 価	数 量	単 位	金 額
1	予防接種業務委託料			1	式	70,160
2						
3						
4						
5	<p><b>注意事項</b></p> <p>◎請求書の内訳欄には、「<u>委託料請求金額</u>」のみを記入ください。品名、数量、単価、単位は追記・変更しないでください。 金額には「請求額(内訳書の合計金額)」を記入ください。 ◎内訳書にはワクチンごとの件数、金額、合計額を記入ください。(内訳書記入見本を参照) ◎日付は記入しないでください。(請求書・内訳書ともに)</p>					
6						
7						
8						
9						
10						
11						
12						

委託料請求合計額を記入ください。内訳書の合計金額となります。

委託料請求合計額を記入ください。内訳書の合計金額となります。

課 名 健康政策課  
発議番号

消費 税 額	上記 項 に 含 む
合 計	70,160