

# 予防接種業務委託料請求内訳表

( 月分) ⑦

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	4,030	
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・不活化ポリオ 第1期 初 回 (4種混合)		件	11,450	
16	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	11,450	
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 サーバリックス・ガーダシル		件	16,680	
22	子宮頸がん シルガード		件	29,600	
23	結核 (B C G)		件	11,450	
24	水痘1回目		件	9,250	
25	水痘2回目		件	9,250	
26	B型肝炎1回目		件	6,930	
27	B型肝炎2回目		件	6,930	
28	B型肝炎3回目		件	6,930	
29	ロタリックス1回目		件	14,700	
30	ロタリックス2回目		件	14,700	
31	ロタテック1回目		件	9,670	
32	ロタテック2回目		件	9,670	
33	ロタテック3回目		件	9,670	
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

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			

## 予防接種業務委託料請求内訳表

ワクチンごとの接種した件数を記入ください

( 月分) ⑦

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		件	10,960	
3	ジフテリア・破傷風第2期		件	4,030	
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・不活化ポリオ 第1期 初 回 (4種混合)		件	11,450	
16	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	11,450	
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 サーバリックス・ガーダシル		件	16,680	
22	子宮頸がん シルガード	2	件	29,600	59,200
23	結核 (BCG)		件	11,450	
24	水痘 1回目		件	9,250	
25	水痘 2回目		件	9,250	
26	B型肝炎 1回目		件	6,930	
27	B型肝炎 2回目		件	6,930	
28	B型肝炎 3回目		件	6,930	
29	ロタリックス 1回目		件	14,700	
30	ロタリックス 2回目		件	14,700	
31	ロタテック 1回目		件	9,670	
32	ロタテック 2回目		件	9,670	
33	ロタテック 3回目		件	9,670	
合 計		3	件	合 計	70,160

※ 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、(原則)病院  
名、代表者名(医師名)、医療  
機関コードを記入ください  
請求書と同様の住所、氏名を  
記入ください。

(担当医→金沢市健康政策課)

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 〇〇長 金沢 太郎

医療機関コード 1234567

## 請 求 書

金 額

請求額を入れて  
ください千 百 十 万 千 百 十 円  
¥ 7 0 1 6 0金額の前に必ず「¥」  
を記入ください

に請求します。

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)を記入ください

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 )		カナザワ タロウ													

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、(原則)病院名、  
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

〇〇 病院

氏 名 〇〇長 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】横の口にチェックを  
入れてください。【担当者】 ☐ (上記と同一なら口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	<b>注意事項</b> ◎請求書には、委託料請求金額のみを記入ください。 品名には「予防接種業務委託料」、数量には「1」、単位には「式」、 金額には「請求額(内訳書の合計金額)」を記入ください。 ◎内訳書には昨年度と同様に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)					
6						
7						
8						
9						
10						
11						
12						
課 名 健康政策課			消 費 税 額		上記に含む	
発議番号			合 計		70,160	

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。