

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(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		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 _____

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□にチェックしてください)

氏名 _____

TEL () -

内 訳

番号	品 名	規 格 等	単 價	数 量	単位	金 領
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	

内訳書 記入見本

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・百日咳・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・百日咳・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・百日咳・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・百日咳・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

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。

日付は記入しないでください

住所 金沢市広坂1-1-1

○○病院

氏名 ○○長 金沢 太郎

医療機関コード 1234567

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)

請求書 記入見本

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

上請求します。

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

○○ 病院

氏名 ○○長 金沢 太郎

TEL (○○○) ○○○ - ○○○○

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 (○○○) ○○○ - ○○○○

内訳

番号	品 名	規 格 等	単 價	数 量	単位	金 額
1	予防接種業務委託料			1	式	70,160
2						
3						
4						
5	注意事項					
6	◎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。					
7						
8	◎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)					
9	◎日付は記入しないでください。(請求書・内訳書ともに)					
10						
11						
12						

課 名 健康政策課

消費税額

上記に含む

発議番号

合 计

70,160