

予防接種業務委託料請求内訳表

(月分) ⑥

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	10,870	
2	麻疹風しん 第2期		件	10,870	
3	ジフテリア・破傷風第2期		件	3,940	
4	日本脳炎 第1期 (対象; 6ヶ月から7歳6ヶ月の前日)		件	7,790	
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	6,960	
6	日本脳炎 第2期・特例第2期		件	6,960	
7	麻疹 (第1期・2期)		件	7,290	
8	風しん (第1期・2期)		件	7,290	
9	不活化ポリオ 第1期 初回		件	10,210	
10	不活化ポリオ 第1期 追加		件	10,210	
11	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	20,310	
12	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	20,310	
13	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	11,360	
14	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	11,360	
15	ヒブ (インフルエンザ菌b型) 初回		件	9,100	
16	ヒブ (インフルエンザ菌b型) 追加		件	9,100	
17	小児用肺炎球菌 初回		件	12,130	
18	小児用肺炎球菌 追加		件	12,130	
19	子宮頸がん サーバリックス・ガーダシル		件	16,590	
20	子宮頸がん シルガード		件	29,150	
21	結核 (BCG)		件	11,360	
22	水痘 1回目		件	9,160	
23	水痘 2回目		件	9,160	
24	B型肝炎 1回目		件	6,840	
25	B型肝炎 2回目		件	6,840	
26	B型肝炎 3回目		件	6,840	
27	ロタリックス 1回目		件	14,660	
28	ロタリックス 2回目		件	14,660	
29	ロタテック 1回目		件	9,640	
30	ロタテック 2回目		件	9,640	
31	ロタテック 3回目		件	9,640	
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□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

発議番号 _____

消 費 税 額	上記金額に含む
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) ⑥

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	10,870	10,870
2	麻しん風しん 第2期		件	10,870	
3	ジフテリア・破傷風第2期		件	3,940	
4	日本脳炎 第1期 (対象: 6ヶ月から7歳6ヶ月の前日)		件	7,790	
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	6,960	
6	日本脳炎 第2期・特例第2期		件	6,960	
7	麻しん (第1期・2期)		件	7,290	
8	風しん (第1期・2期)		件	7,290	
9	不活化ポリオ 第1期 初回		件	10,210	
10	不活化ポリオ 第1期 追加		件	10,210	
11	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	20,310	
12	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	20,310	
13	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	11,360	
14	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	11,360	
15	ヒブ (インフルエンザ菌b型) 初回	5	件	9,100	45,500
16	ヒブ (インフルエンザ菌b型) 追加		件	9,100	
17	小児用肺炎球菌 初回	5	件	12,130	60,650
18	小児用肺炎球菌 追加		件	12,130	
19	子宮頸がん サーバリックス・ガーダシル		件	16,590	
20	子宮頸がん シルガード		件	29,150	
21	結核 (BCG)		件	11,360	
22	水痘 1回目		件	9,160	
23	水痘 2回目		件	9,160	
24	B型肝炎 1回目		件	6,840	
25	B型肝炎 2回目		件	6,840	
26	B型肝炎 3回目		件	6,840	
27	ロタリックス 1回目		件	14,660	
28	ロタリックス 2回目		件	14,660	
29	ロタテック 1回目		件	9,640	
30	ロタテック 2回目		件	9,640	
31	ロタテック 3回目		件	9,640	
合計		11	件	合計	117,020

請求月を
記入ください

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、(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

