## 定期予防接種料金請求書

都 留 市 長 様 【 年 月分】

請求金額		円
------	--	---

請	種別	単価消費税 10%	接種者数	金額
	麻しん風しん混合 1 期	12, 790円	名	円
	麻しん風しん混合 2 期	10, 470円	名	円
-43-	2種混合·2期	5, 600円	名	円
求	4種混合·1期初回、追加	10, 400円	名	円
	5種混合・1期初回、追加	20, 000円	名	円
	BCG	12, 760円	名	円
金	日本脳炎・1 期初回・追加・2 期	7, 500円	名	円
	水痘(1-2回)	8, 160円	名	円
	ヒブワクチン(初回 1・2・3 回、追加)	8, 500円	名	円
額	小児用肺炎球菌(初回 1-2-3 回、追加)	11, 190円	名	円
	B型肝炎ワクチン(1・2・3 回)	5, 340円	名	円
	ロタウイルスワクチン ロタリックス	14, 100円	名	円
の	ロタウイルスワクチン ロタテック	8, 790円	名	円
	子宮頸がんワクチン HPV(2 価・4 価)	16, 230円	名	円
	子宮頸がんワクチン HPV(9 価)	29, 250円	名	円
	予診のみ(就学前)	3, 720円	名	円
内	予診のみ(小・中・高生)	2, 950円	名	円
	不活化ポリオワクチン	10, 680円	名	円
	三種混合	6, 270円	名	円
訳	合計		名	円

予防接種料金として、上記の金額を請求いたします。

医療	名		称	印
機関名	所	在	地	

[振込先口座] 2回目以降の請求で、債権者口座登録 と同じ口座の場合は記入不要です。

	振込先	金融機関	名	種別	П	座	番	号
振	10区200万	本・支店	名					
込   <sub>口</sub>		住	所					
<u> </u>   <u> </u> 座	<u>座</u> 名	フリガ	ナ					
	義	氏	名					