

鳥取県定期予防接種広域化実施報告書 兼 請求書

年 月 日

_____市町村長 様

医療機関名
住所地
電話
医療機関の長又は管理者名

印

年 月分を別添のとおり予診票を添付し報告するとともに、これに係る委託料を請求します。

ワクチン種別		委託単価 (円)	接種件数	請求金額 (円)
四種混合	クアトロバック スクエアキッズ			
	テトラビック			
三種混合				
二種混合				
不活化ポリオワクチン				
麻しん風しん混合	第1期			
	第2期			
麻しん	第1期			
	第2期			
風しん	第1期			
	第2期			
日本脳炎	6歳未満			
	6歳以上~7歳半未満			
	7歳半以上~13歳未満			
	13歳以上			
ヒブワクチン				
小児用肺炎球菌ワクチン				
水痘ワクチン				
B型肝炎ワクチン	0.25ml			
	0.50ml			
結核 (BCG)				
子宮頸がん予防ワクチン				
合計				

※委託単価は、請求先の市町村の圏域契約で定めている金額と同一とする。

振込口座

銀行・信金 信組・農協		支店
普通・当座 (どちらかに○印)		
口座番号		
フリガナ		
口座名義人氏名		