（別紙８）

**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

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 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 |  |  |  |  |
| ロタウイルス | 1価 |  |  |  |
| 5価 |  |  |  |
| 合計 |  | | |  |

　　　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。

※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 |  |