

(別紙)

鳥取県定期予防接種広域化実施報告書 兼 請求書

年 月 日

〇〇市(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

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)
五種混合			
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	9価		
ロタウイルス	1価		
	5価		
RSウイルス	母子免疫		
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		