

令和6年度川越町定期予防接種委託料請求書（令和 年 月分）

令和 年 月 日

川 越 町 長 様

請 求 金 額

上記のとおり請求いたします。

(医療機関)

住 所

医療機関名

印

氏 名

種 類		単 価	件 数	請 求 額
ヒ プ (乳幼児)		11,000円		0円
小児用肺炎球菌 (乳幼児)		13,970円		0円
ロタウイルス	ロタリックス	16,720円		0円
	ロタテック	11,693円		0円
B 型 肝 炎 (乳幼児)		8,528円		0円
4 種 混 合 (乳幼児)		13,255円		0円
5 種 混 合 (乳幼児)		22,187円		0円
B C G		11,550円		0円
麻しん風しん 混合	第 1 期	13,260円		0円
	第 2 期	11,830円		0円
水 痘		11,000円		0円
日 本 脳 炎	第 1 期	3 歳 未 満	9,916円	0円
		3 歳～7 歳半未満	8,486円	0円
		7 歳半～20歳未満	7,661円	0円
	第 2 期		7,661円	0円
不活化単独 ポリオ	3 歳 未 満	12,045円		0円
	3 歳 以 上	10,615円		0円
2 種 混 合 (児 童・生 徒)		5,707円		0円
子宮頸がん予防	2 価・4 価	16,995円		0円
	9 価	29,920円		0円
予 診 の み				0円
予 診 の み				0円
合 計			0件	0円

振込先金融機関名		種別	口座番号	フリガナ 口座名義人
銀行	支店	普通 当座		
金庫	支店			
農協	支店			