

令和8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
ロタウイルス	ロタリックス	16,907円		円
	ロタテック	11,880円		円
B 型 肝 炎		8,715円		円
小 児 用 肺 炎 球 菌		14,157円		円
5 種 混 合		22,374円		円
B C G		13,387円		円
麻しん風しん 混合	第 1 期	13,447円		円
	第 2 期	12,017円		円
水 痘		11,187円		円
日 本 脳 炎	第 1 期	3 歳 未 満	10,103円	円
		3 歳～7 歳半未満	8,673円	円
		7 歳半～20歳未満	7,848円	円
	第 2 期		7,848円	円
2 種 混 合 (児 童・生 徒)		6,677円		円
子 宮 頸 がん 予 防		30,107円		円
RS ウィルス 感染症 (妊 婦)		31,768円		円
その他の予防接種 ()				円
その他の予防接種 ()				円
予 診 の み				円
予 診 の み				円
合 計			件	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			