

# 請 求 書 (令和8年度)

## 金額

百万				千			
----	--	--	--	---	--	--	--

## 円

上記の金額を請求します。

上記の請求金額を次の口座に振込み願います。

銀行	金庫	支店	口座番号(右づめ)				
			普通・当座 (フリガナ)				
			口座名義				

(※口座名義は正確に記入ください。)

令和 年 月 日

津幡町長 様

住所

医療機関名

氏名

(印)

予防接種 令和 年

月分を接種券(予診票)を添えて請求します。

《内訳》

種 類	対 象	契約単価	件 数	金 額
□タリックス	乳児	14,700 円	件	円
□タテック	乳児	9,670 円	件	円
Hib (ヒブ)	乳幼児	9,140 円	件	円
小児用肺炎球菌	乳幼児	12,220 円	件	円
B型肝炎	乳児	6,680 円	件	円
五種混合 (DPT-IPV-Hib)	乳幼児	20,360 円	件	円
	小学生	19,530 円	件	円
二種混合(DT)	小学生以上	6,170 円	件	円
BCG	乳児	11,780 円	件	円
麻しん風しん混合(MR)	幼児	10,960 円	件	円
	小学生以上	10,130 円	件	円
	成人	10,130 円	件	円
風しん	成人	6,890 円	件	円
水痘	乳児	9,250 円	件	円
日本脳炎	乳幼児	7,880 円	件	円
	小学生以上	7,050 円	件	円
子宮頸がん (9価)	小学生以上	29,070 円	件	円
三種混合 (DPT)	乳幼児	9,640 円	件	円
	小学生以上	8,810 円	件	円
不活化ポリオ	乳幼児	10,300 円	件	円
	小学生以上	9,470 円	件	円
RSウイルス感染症	妊婦	29,770 円	件	円
合 計			件	円