

三木町長 様

医療機関の所在地  
名称および代表者名

印

年 月分

令和7年度 定期予防接種請求書

請求金額 円也

予防接種の種類	被接種者数	単価	金額	備考
五種混合	人	19,547円	円	
四種混合	人	10,717円	円	
三種混合	人	5,261円	円	
不活化ポリオ	人	9,595円	円	
二種混合 2期(11歳以上)	人	4,895円	円	
麻しん風しん1期	人	12,010円	円	
麻しん風しん2期	人	10,710円	円	
日本脳炎1期	人	7,095円	円	
日本脳炎1期特例(7歳6月以上)	人	7,005円	円	
日本脳炎2期	人	7,005円	円	
BCG	人	12,455円	円	
ヒブ	人	8,429円	円	
小児肺炎球菌(沈降15価・沈降20価)	人	11,377円	円	
子宮頸がん(2価・4価)	人	16,610円	円	
子宮頸がん(9価)	人	27,489円	円	
水痘	人	10,465円	円	
B型肝炎	人	6,159円	円	
ロタウイルス(1価)	人	15,630円	円	
ロタウイルス(5価)	人	10,680円	円	
高齢者用肺炎球菌(自己負担あり)	人	7,100円	円	
高齢者用肺炎球菌(自己負担なし)	人	8,100円	円	
	人	円	円	
計	人	円	円	

記

添付書類

- (1)被接種者名簿
- (2)予診票

振込先金融機関	銀行	支店
預金種別	普通 ・ 当座	
フリガナ		
預金口座名義		
預金口座番号		