

令和 年 月 日

(宛先)東大阪市長

令和8年度

所在地

医療機関名

代表者職氏名

電話番号

## 子ども・妊婦の予防接種請求書

令和 年 月 分の予防接種委託料を次のとおり請求いたします。

予防接種の種類	接種			予診のみ		
	接種単価	人数	金額	接種単価	人数	金額
ロタリックス	14,971円	人	円	4,026円	人	円
ロタテック	9,944円	人	円	4,026円	人	円
B型肝炎	6,644円	人	円	4,026円	人	円
小児用肺炎球菌	12,386円	人	円	4,026円	人	円
ヒブ	9,242円	人	円	4,026円	人	円
五種混合【1期】	20,361円	人	円	4,026円	人	円
三種混合【1期】	9,636円	人	円	4,026円	人	円
二種混合【1期】	6,996円	人	円	4,026円	人	円
二種混合【2期】	6,171円	人	円	3,201円	人	円
不活化ポリオ	10,296円	人	円	4,026円	人	円
BCG	11,451円	人	円	4,026円	人	円
水痘	9,251円	人	円	4,026円	人	円
日本脳炎【1期】	7,876円	人	円	4,026円	人	円
日本脳炎【2期】	7,051円	人	円	3,201円	人	円
麻しん風しん混合【1期】	10,956円	人	円	4,026円	人	円
麻しん風しん混合【2期】	10,956円	人	円	4,026円	人	円
麻しん	7,414円	人	円	4,026円	人	円
風しん	7,414円	人	円	4,026円	人	円
シルガード9	28,556円	人	円	3,201円	人	円
RS	29,766円	人	円	3,201円	人	円
請求金額				円		

振込み先口座	銀行 信用金庫 農協 信用組合				本店 支店 支所			
	金融機関コード				支店コード			
	預金種別				口座番号			
	口座名義	(フリガナ)						
	(漢字)							

## 《添付書類》

 予防接種予診票(1枚目・保健所提出用)

## 《注意事項》

- 本請求書における訂正処理(訂正印等)は認められません。記入した請求書に訂正が生じた場合は、新しい請求書に記入してください。
- 医療機関名及び所在地、代表者職氏名は、「定期予防接種実施申込書」に記入したものと合わせてください。
- 請求者と振込み先口座名義人が異なる場合、別途委任状の提出が必要です。