

請 求 書

年 月 日

市町村長 様

医療機関所在地 _____
 医療機関名 _____
 登録番号 _____
(インボイス制度参加事業者)
 代表者名 _____ 印
 振込金融機関 _____ 銀行 _____ 支店
 口座番号 (普通・当座) _____
(フリガナ)
 口座名義 _____

予防接種の市町村間相互乗入れ業務委託に基づき(月分)の接種を行ったものについて、下記のとおり請求いたします。

請求額合計 _____ 円

(内 訳)

接種したワクチン	人数	委託料単価			請求額 (人数×単価)	
		手技料(税抜)	ワクチン代(税抜)	消費税(10%)		
四種混合(DPT-IPV)	人				円	
二種混合(DT)	人				円	
麻しん・風しん混合(MR)	人				円	
麻しん	人				円	
風しん	人				円	
日本脳炎	人				円	
BCG	人				円	
不活化ポリオ	人				円	
子宮頸がん	2価(サーバリックス)	人			円	
	4価(ガータシル)	人			円	
	9価(シルガード9)	人			円	
ヒブ(インフルエンザ菌b型)	人				円	
小児用肺炎球菌	人				円	
水痘	人				円	
B型肝炎(ヘプタボックス)	人				円	
B型肝炎 (ビームケン)	(0.25mlバイアル)	人			円	
	(0.5mlバイアル)	人			円	
ロタウィルス	1価(ロタリックス)	人			円	
	5価(ロタテック)	人			円	
接種不可 能者(予診 のみ)	小児	人	(予診料)		円	
	成人	人	(予診料)		円	
合計			0	0	0	円
請求額						円

接種したワクチン	人数	委託料単価又は請求単価			請求額 (人数×単価)	
		手技料(税抜)	ワクチン代(税抜)	消費税(10%)		
高齢者 インフル エンザ	自己負担有	人				円
	自己負担無	人				円
高齢者 肺炎球菌	自己負担 有	バイアル	人			円
		シリンジ	人			円
	自己負担 無	バイアル	人			円
		シリンジ	人			円
合計			0	0	0	円
請求額						円

注1]接種医療機関は、他市町村に居住している者の分について、接種ワクチンごとに人数及び単価(各々市町村の料金による)を記入し、予診票を添付して、被接種者の居住する市町村に送付する。
 注2]2回目請求以降、振込み金融機関名、口座番号及び口座名義に変更がない場合、その記載を省略することができる。