

# 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 <small>(インボイス制度参加事業者)</small>	_____
代表者名	_____
振込金融機関 _____ 銀行 _____ 支店	
口座番号	(普通・当座) _____
(フリカナ)	_____
口座名義	_____

印

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。

請求金額(合計金額)		円	
内訳	種別	税込金額	内消費税額
	10%対象	円	円

接種したワクチン	人数(人)	委託料単価(円)			請求額 (人数×単価)
		手技料	ワクチン代	消費税(10%)	
五種混合(DPT-IPV-Hib)					円
四種混合(DPT-IPV)					円
二種混合(DT)					円
麻しん・風しん混合(MR)					円
麻しん					円
風しん					円
日本脳炎					円
BCG					円
不活化ポリオ					円
子宮頸がん		2価(サーバリックス)			円
		4価(ガータシル)			円
		9価(シルガード9)			円
ヒブ(インフルエンザ菌b型)					円
小児用肺炎球菌		13価(プレベナー13)			円
		15価(バクテリオン)			円
水痘					円
B型肝炎(ヘプタックス)					円
B型肝炎 <small>(ビームゲン)</small>		(0.25mlバイアル)			円
		(0.5mlバイアル)			円
ロタウイルス		1価(ロタリックス)			円
		5価(ロタテック)			円
接種不可能者 (予診のみ)	小児	(予診料)	/		円
	成人	(予診料)	/		円
請求額					円

接種したワクチン	人数(人)	委託料単価又は請求単価(円)			請求額 (人数×単価)
		手技料	ワクチン代	消費税(10%)	
高齢者 インフル エンザ	自己負担有				円
	自己負担無				円
新型コロナ	自己負担有	バイアル	/		円
		シリンジ	/		円
	自己負担無	バイアル	/		円
		シリンジ	/		円
高齢者 肺炎球菌	自己負担有	バイアル			円
		シリンジ			円
	自己負担無	バイアル			円
		シリンジ			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。  
 注3]自己負担有の場合は、自己負担分を差し引いた額(市町村負担額)を単価として記載