

定期予防接種委託料請求書

2024.10~

(令和 年 月 分)

富士吉田市長 様
道志村長 様
山中湖村長 様

富士河口湖町長 様
西桂町長 様
鳴沢村長 様

忍野村長 様

医療機関名

令和 年 月 日

印

インボイス番号

予防接種事業		人数	代金	合計
MR	1期		12,250	
	2期		10,100	
麻しん	1期		8,720	
	2期		7,900	
風しん	1期		8,700	
	2期		7,900	
日本脳炎	乳幼児		7,900	
	小1以上		6,600	
BCG			11,800	
ポリオ			10,000	
五種混合			21,100	
四種混合			10,000	
二種混合	学童		5,200	
ヒブ			8,500	
小児肺炎球菌	プレベナー		11,350	
	バクニューバンス		11,300	
B型肝炎			5,800	
ロタワクチン	ロタリックス		14,000	
	ロタテック		8,500	
水痘			9,000	
HPV (子宮頸がん)	サーバリックス・ガーダシル		17,000	
	シルガード		30,000	
成人用肺炎球菌			4,000	
			生保全額助成 ()	
予診のみ	(乳幼児)		4,090	
	(小1以上)		3,250	
合計人数			請求合計額(税込金額)	
			税率10%対象(税抜金額)	
			消費税額	

上記のとおり請求します。
支払金は下記預金口座に振り替えてください。

金融機関コード	支店コード	預金種類
		当座・普通
口座番号	振込先銀行	口座名義(フリガナ)
	銀行 支店	