様式第３号

請求日　令和　　年　　月　　日

**Ａ類予防接種委託料請求書（広域的予防接種）**

**姫路市長　様**

予防接種法に基づく予防接種を実施しましたので、報告及び請求します

○被接種者氏名　　　

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 予防接種の種類 | 予診及び接種・予診のみ  （〇で囲む） | 委託料 |
|  | 予診及び接種・予診のみ | 円 |
|  | 予診及び接種・予診のみ | 円 |
|  | 予診及び接種・予診のみ | 円 |
|  | 予診及び接種・予診のみ | 円 |
|  | 予診及び接種・予診のみ | 円 |
|  | 予診及び接種・予診のみ | 円 |
|  | 予診及び接種・予診のみ  （合計） | 円 |
|  |  | 円 |

**※　接種に利用した本市の予診票及び各種証明書（必要な場合）を添付してください**

**○振込先**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **金融機関名** | □銀行 □金庫 □本店 □出張所  □組合 □その他（　　　　） □支店 | | | | | | | | | | |
| **銀行コード４桁** |  |  |  |  | **支店コード３桁** | | |  |  |  |  |
| **預 金 種 別** | **□ １．普通預金　　□ ２．当座預金** | | | | | | | | | | |
| **口 座 番 号** |  |  |  |  |  |  |  | （右詰め） | | | |
| **（ﾌﾘｶﾞﾅ）** |  | | | | | | |  | | | |
| **口 座 名 義** |  | | | | | | |  | | | |

**○請求者・医療機関情報（各欄に記載漏れがないようにしてください）**

|  |  |
| --- | --- |
| **医療機関名称** |  |
| **所在地** |  |
| **代表者名（職・氏名）** |  |
| **連絡先（電話）** |  |
| **発行責任者（職・氏名）** |  |

## ・請求時の注意事項

①請求書の下部の医療機関名等の記入欄は必ず全て記入してください。ひとつでも記入漏れがあれば返戻となります。

②職・氏名と記載のある欄はその職名と氏名（フルネーム）を記入してください。

（記入例）理事長　姫路　太郎

③発行責任者は、代表取締役又は支店長や営業所長など社内において権限の委任を受けた役職員です。代表者と同じで構いませんが、その場合でも発行責任者欄に同じ役職名と氏名を記載してください。

令和７年４月改定

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 予防接種の種類 | 委託料（税込） | | （予診のみの場合） |
| Ｈｉｂ | ９，６６４円 |  | ３，６１３円 |
| 小児用肺炎球菌 | １２，７４３円 |  |
| 五種混合 | ２０，８８３円 |  |
| 四種混合 | １２，０８３円 |  |
| ＢＣＧ | １１，６１６円 |  |
| 麻しん風しん混合１期 | １１，１２１円 |  |
| 麻しん風しん混合２期 | １０，７０８円 |  |
| 水痘 | １０，１３１円 |  |
| 日本脳炎１期 | ７，６２８円 |  |
| 日本脳炎２期 | ７，２１６円 |  |
| 二種混合２期 | ５，０７１円 |  |
| Ｂ型肝炎 | ７，０７６円 |  |
| ロタリックス（１価） | １５，５７６円 |  |
| ロタテック（５価） | １０，３１０円 |  |
| ＨＰＶ（２価・４価） | １６，８４１円 |  |
| ＨＰＶ（９価） | ２６，８６３円 |  |
| 風しん５期（麻しん風しん混合） | １０，２０８円 |  | ３，５８０円 |
| 風しん５期（風しん単独） | ６，７３２円 |  |