

請求書 (令和7年度)

請求金額の頭に「¥」マークをつける。

金額

百万		千					
		¥	4	4	2	0	0

円

金額訂正不可

上記の金額を請求します。

上記の請求金額を次の口座に振込み願います。

銀行	選択して○を付ける		口座番号(右づめ)					
	普通・当座							
	(フリガナ)		イ) ○○クリニック リジチョウ ○○ ○○					
金庫	支店	口座名義	医療法人社団 ○○クリニック 理事長 ○○ ○○					

(法人名)医療機関名
(※) 代表者肩書・代表者氏名まで記入

津幡町長 様

正式名称を記入
判子の場合は、はっきり分かる様に
押印願います。

住所

令和 年 月 日

(法人名)医療機関名
代表者肩書・代表者氏名まで記入

医療機関名 ○○ 医院

氏名 理事長 ○○ ○○

接種月ごとにご請求願います

予防接種 令和 年 月分を接種券(予診票)を添えて請求します。

代表者印
(契約書と同印鑑)
法人印は不要

《内訳》

接種券の枚数を記入

種 類	対 象	契約単価	件 数	金 額
ロタリックス	乳児	14,700 円	1 件	14,700 円
ロタテック	乳児	9,670 円	件	円
Hib (ヒブ)	乳幼児	9,140 円	1 件	9,140 円
小児用肺炎球菌	乳幼児	12,220 円	件	円
B型肝炎	乳児	6,680 円	件	円
五種混合 (DPT-IPV-Hib)	乳幼児	20,360 円	1 件	20,360 円
	小学生	19,530 円	件	円
四種混合 (DPT-IPV)	乳幼児	11,450 円	件	円
	小学生	10,630 円	件	円
二種混合 (DT)	小学生以上	4,910 円	件	円
B C G	乳児	11,450 円	件	円
麻しん風しん混合 (MR)	幼児	10,960 円	件	円
	小学生以上	10,130 円	件	円
	第5期風しん 追加的対策対象者	10,130 円	件	円
風しん	第5期風しん 追加的対策対象者	6,590 円	件	円
水痘	乳児	9,250 円	件	円
日本脳炎	乳幼児	7,880 円	件	円
	小学生以上	7,050 円	件	円
子宮頸がん	2価 サーバリックス	16,680 円	件	円
	4価 ガーダシル	16,680 円	件	円
	9価 シルガード9	29,600 円	件	円
合 計			3 件	44,200 円

金額訂正不可