令和6年度　大洗町予防接種委託料請求書

**大洗町**

令和　　　年　　　月　　　日

大洗町長　殿

**所在地**

**医療機関名**

**代表者名**

**年　　　　月分**の予防接種料金を下記のとおり請求します。

**請求金額　　　　　　　　　　　　　　　円**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 種別 | 区分 | 単価(税込) | 人数 | 金額（円） |
| 5種混合(DPT-IPV-Hib) | － | ２０，３７０円 |  |  |
| 4種混合（DPT-IPV） | － | １１，４７０円 |  |  |
| 3種混合（DPT） | － | ５，８７０円 |  |  |
| 2種混合（DT） | ２期 | ４，８４０円 |  |  |
| 麻しん・風しん（MR） | １,２期 | １０，８９０円 |  |  |
| 麻しん | １,２期 | ７，３２０円 |  |  |
| 風しん | １,２期 | ７，３３０円 |  |  |
| 日本脳炎 | １期 | ７，８１０円 |  |  |
| ２期 | ６，９９０円 |  |  |
| 結核（BCG） | － | １１，１４０円 |  |  |
| 急性灰白髄炎（不活化ポリオ） | － | １０，２３０円 |  |  |
| 子宮頸がん | サーバリックスガーダシル | １６，６１０円 |  |  |
| シルガード９ | ２７，７１０円 |  |  |
| ヒブ | － | ９，１３０円 |  |  |
| 小児用肺炎球菌 | 13価 | １２，２００円 |  |  |
| 15価 | １２，１６０円 |  |  |
| 水痘 | － | ９，１９０円 |  |  |
| Ｂ型肝炎 | － | ６，７００円 |  |  |
| ロタウイルス | ロタリックス | １４，９１０円 |  |  |
| ロタテック | ９，８８０円 |  |  |
| (任意)おたふくかぜ（１歳～４歳未満） | － | ３，２００円 |  |  |
| (任意)小児インフルエンザ（１歳～高校３年生相当）　　　 ※２ | － | ２，０００円 |  |  |
| (定期)高齢者インフルエンザ※２ | 個人負担徴収者 | ３，０００円 |  |  |
| (定期)高齢者インフルエンザ※２ | **個人負担免除者****(生活保護受給者)** | ※医療機関で定めた額円 |  |  |
| (定期)高齢者肺炎球菌 | 個人負担徴収者 | ３，０００円 |  |  |
| (定期)高齢者肺炎球菌 | **個人負担免除者****(生活保護受給者)** | ※医療機関で定めた額円 |  |  |
| (定期)高齢者コロナウイルス | 個人負担徴収者 | １１，３００円 |  |  |
| (定期)高齢者コロナウイルス | **個人負担免除者****(生活保護受給者)** | ※医療機関で定めた額円 |  |  |
| 合計請求金額（内消費税＝合計請求金額×10/100） | （内消費税　　　　　　　　　　　） |

※１：「予診票の原本」、「（高齢者ｲﾝﾌﾙｴﾝｻﾞ、高齢者肺炎球菌及び高齢者コロナで生活保護受給者のみ）個人負担免除券」を添付。

※２：小児及び高齢者インフルエンザの接種実施期間は，毎年10月1日～翌年1月31日とする。