

令和6年度 甲州市予防接種費用請求書

甲州市長 様

令和 年 月 日

〒	請求書NO.
住所	
医療機関名	
代表者名	印
債権者コード	電話 ()

予防接種代 月分

請求金額	円
------	---

振り込み先

フリガナ			
口座名義人			
金融機関名		支店	
口座種別	普通 ・ 当座	NO.	

※詳細は裏面明細書を参照

A類疾病(子ども定期) 予防接種

予防接種名	接種件数	単価	金額
BCG	名	13,300 円	円
MR	1期	名	12,790 円
	2期	名	10,480 円
麻しん	1期	名	9,130 円
	2期	名	6,820 円
風しん	1期	名	9,130 円
	2期	名	6,820 円
二種混合	乳幼児	名	5,370 円
	2期	名	5,370 円
B型肝炎	名	5,420 円	円
四種混合	名	11,150 円	円
五種混合	名	20,730 円	円
不活化ポリオ	名	9,960 円	円
ヒブ	名	8,490 円	円
小児用肺炎球菌	名	11,940 円	円
ロタウイルス	ロタリックス	名	14,750 円
	ロタテック	名	8,880 円
子宮頸がん	2価・4価	名	15,570 円
	9価	名	35,870 円
水痘	名	8,890 円	円
日本脳炎	1期初回 1回目	名	7,480 円
	1期初回 2回目	名	7,480 円
	1期追加	名	8,170 円
	2期	名	7,320 円
予診のみ	乳幼児	名	4,090 円
	乳幼児以外	名	3,240 円
合計金額			円

B類疾病予防接種

予防接種名	接種件数	単価	金額
成人用肺炎球菌 (定期接種)	65歳	名	4,000 円
	60歳以上65歳未満	名	4,000 円
	生活保護等受給者	名	円
合計金額			円