

【令和7年度】

年 月 日

一関市長 様

住所

医療機関名

代表者名

TEL

____月分の個別予防接種料として、次のとおり請求します。

1	BCG	13,000 円	×	人	=	円
2	ヒブ感染症	10,700 円	×	人	=	円
3	小児の肺炎球菌感染症	13,800 円	×	人	=	円
4	5種混合	21,900 円	×	人	=	円
5	4種混合	13,100 円	×	人	=	円
6	3種混合	7,500 円	×	人	=	円
7	不活化ポリオ	11,800 円	×	人	=	円
8	麻しん風しん混合 (MR) 1期	12,500 円	×	人	=	円
9	麻しん風しん混合 (MR) 2期	11,100 円	×	人	=	円
10	麻しん風しん混合 (MR) 5期	10,300 円	×	人	=	円
11	麻しん1期・2期	9,000 円	×	人	=	円
12	風しん1期・2期	9,000 円	×	人	=	円
13	日本脳炎①	8,000 円	×	人	=	円
14	日本脳炎⑤、⑥	7,200 円	×	人	=	円
15	2種混合	5,000 円	×	人	=	円
16	ヒトパピローウイルス感染症 (2価・4価)	16,800 円	×	人	=	円
17	ヒトパピローウイルス感染症 (9価)	28,500 円	×	人	=	円
18	水痘	10,800 円	×	人	=	円
19	B型肝炎	8,300 円	×	人	=	円
20	ロタリックス	16,100 円	×	人	=	円
21	ロタテック	11,000 円	×	人	=	円

合計請求額 円

振込先	金融機関		銀行 金庫 農協		支店 本店	口座 番号	普通 当座	
	口座 名義	ワガナ						

※ 日本脳炎の番号は予診票の番号です。(日本脳炎①:7歳6ヶ月未満で接種、日本脳炎⑤、⑥:7歳6か月以上で接種)

※ 請求は、こども家庭課へお願いします。

・ こども家庭課 〒021-0026 一関市山目字前田13-1(一関保健センター内) TEL 0191-21-5409

※ 請求書に記載した金額は、訂正印や修正液での訂正はできません。誤記の場合は再度、新しい用紙で作成してください。