

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	11,528 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	12,584 円	×	人	=	円
4	5種混合	20,515 円	×	人	=	円
5	4種混合	12,716 円	×	人	=	円
6	3種混合	6,677 円	×	人	=	円
7	不活化ポリオ	10,241 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	4,796 円	×	人	=	円
16	ヒトパピローマウイルス感染症(2価・4価)	16,800 円	×	人	=	円
17	ヒトパピローマウイルス感染症(9価)	27,500 円	×	人	=	円
18	水痘	10,800 円	×	人	=	円
19	B型肝炎	6,589 円	×	人	=	円
20	ロタリックス	15,114 円	×	人	=	円
21	ロタテック	10,076 円	×	人	=	円

合計請求額 _____ 円

振込先	金融機関		銀行 金庫協		支店 本店	口座 番号	普通 当座	
	口座 名義	フリガナ						

※日本脳炎の番号は予診票の番号

・日本脳炎①7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