

定期(A類)個別予防接種請求書
(令和8年9月～令和9年3月実施分)

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	13,300 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(15価)	13,800 円	×	人	=	円
4	小児の肺炎球菌感染症(20価)	13,900 円	×	人	=	円
5	5種混合	21,900 円	×	人	=	円
6	3種混合	11,200 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	6,300 円	×	人	=	円
16	ヒトパピローマウイルス感染症(9価)	28,500 円	×	人	=	円
17	水痘	10,800 円	×	人	=	円
18	B型肝炎	8,200 円	×	人	=	円
19	ロタリックス	16,100 円	×	人	=	円
20	ロタテック	11,000 円	×	人	=	円
21	RSウイルス	29,900 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	フリガナ						

※ 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。