

# 予防接種料金請求書

(様式 1)

年 月分の予防接種を実施しましたので、予診票を添えて接種料金を請求いたします。請求額は、下記の預金口座に振込みをしてください。

年 月 日

早川町長 深沢 肇 殿

住 所  
医療機関  
氏 名

印

内訳

ロタウイルス	ロタテック (5 価)	9,000 円×	人=	円
	ロタリックス (1 価)	14,000 円×	人=	円
B 型肝炎		5,100 円×	人=	円
小児肺炎球菌		10,400 円×	人=	円
5 種混合		20,000 円×	人=	円
2 種混合		6,150 円×	人=	円
BCG		11,000 円×	人=	円
麻しん風しん	I 期	12,050 円×	人=	円
	II 期	9,870 円×	人=	円
水痘		7,500 円×	人=	円
日本脳炎	I 期初回	6,950 円×	人=	円
	I 期追加	8,200 円×	人=	円
	II 期	6,030 円×	人=	円
HPV	9 価	27,000 円×	人=	円
RS ウイルス		30,090 円×	人=	円
その他		円×	人=	円
		円×	人=	円
<b>合計</b>				<b>円</b>

振込先

金融機関名	( )	支店)
預金種別	当座預金	普通預金
口座番号		
口座名		