

様式第 1 号

嘉麻市長 様

令和 年 月 日

令和 7 年度 定期予防接種実績報告書兼請求書 (月分)

所 在 地 _____

医療機関名 _____

代表者名 _____ ㊞

添付予診票のとおり、予防接種が完了いたしましたので、下記のとおり請求します。

(単位：円・件)

ワクチン名		単 価	件 数	請求金額
五種混合（百日せき、ジフテリア、破傷風、ポリオ、ヒブ）		20,553		
四種混合（百日せき、ジフテリア、破傷風、ポリオ）		11,643		
三種混合（百日せき、ジフテリア、破傷風）		6,154		
二種混合 (ジフテリア破傷風)	11～13歳未満	5,098		
	7歳6か月未満	6,396		
不活化ポリオ		10,323		
MR(麻しん風しん)	1期・2期	10,983		
麻しん（単抗原）	1期・2期	7,408		
風しん（単抗原）	1期・2期	7,419		
日本脳炎	6歳未満	7,903		
	6歳以上	7,078		
BCG		11,478		
HPV (ヒトパピローマウイルス)	2価・4価	16,703		
	9価	27,392		
ヒブ		9,335		
小児用肺炎球菌		12,413		
水痘		9,278		
B型肝炎	0.25cc	6,708		
	0.5cc	6,919		
ロタ	ロタリックス（1価）	14,998		
	ロタテック（5価）	9,971		
不可問診		3,228		
合 計				

(振込み金融機関)

銀行		支店	口座名義人
預金 種目	普通・当座	口座番号	フリガナ 氏名

※予診票と一緒に翌月10日までに提出してください。

提出先 〒820-0592 嘉麻市上臼井446番地1

嘉麻市役所 子育て支援課 母子保健係 ☎0948-62-5715