

様式第1号

嘉麻市長 様

令和 年 月 日

令和8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 _____ 印

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)		20,592		
三種混合 (百日せき、ジフテリア、破傷風)		9,867		
二種混合(ジフテリア破傷風)	11~13歳未満	6,402		
不活化ポリオ		10,362		
MR(麻しん風しん)	1期・2期	11,022		
麻しん (単抗原)	1期・2期	7,447		
風しん (単抗原)	1期・2期	7,458		
日本脳炎	6歳未満	7,942		
	6歳以上	7,117		
BCG		11,517		
HPV (ヒトパピローマウイルス)	9価	27,430		
RS ウイルス (妊婦)		29,832		
ヒブ		9,374		
小児用肺炎球菌		12,452		
水痘		9,317		
B型肝炎	0.25cc	6,747		
	0.5cc	6,957		
ロタ	ロタリックス (1価)	15,037		
	ロタテック (5価)	10,010		
不可問診	6歳未満	4,092		
	6歳以上	3,267		
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