令和7年度 甲州市予防接種費用請求書

甲州市長 様

令和 年 月 日

〒	請求書NO.
住所	
医療機関名	
代表者名	印
債権者コード	電話 ()

予防接種代 月分

請求金額	
------	--

振り込み先

フリガナ			
口座名義人			
金融機関名		支店	
口座種別	普通 ・ 当座	NO.	

※詳細は裏面明細書を参照

A類疾病(子ども定期)予防接種

予防接種名		接種件数	単価	金額
BCG		名	13,370 円	円
MR	1期	名	12,860 円	円
	2期(5期)	名	10,550 円	円
麻しん	1期	名	9,200 円	円
	2期	名	6,890 円	円
風しん	1期	名	9,200 円	円
	2期(5期)	名	6,890 円	円
二種混合	乳幼児	名	5,440 円	円
	2期	名	5,440 円	円
B型肝炎		名	5,470 円	円
四種混合		名	11,210 円	円
五種混合		名	20,800 円	円
不活化ポリオ		名	10,030 円	円
ヒブ		名	8,550 円	円
小児用肺炎球菌		名	12,000 円	円
ロタウイルス	ロタリックス	名	14,810 円	円
	ロタテック	名	8,930 円	円
子宮頸がん	2価・4価	名	15,640 円	円
	9価	名	35,930 円	円
水痘		名	8,950 円	円
日本脳炎	1期初回 1回目	名	7,550 円	円
	1期初回 2回目	名	7,550 円	円
	1期追加	名	8,240 円	円
	2期	名	7,400 円	円
予診のみ	乳幼児	名	4,130 円	円
	乳幼児以外	名	3,280 円	円
合計人数		名	合計金額	円

B類疾病予防接種

予防接種名		接種件数	単価	金額
成人用肺炎球菌 (定期接種)	65歳	名	4,000 円	円
	60歳以上65歳未満	名	4,000 円	円
	生活保護等受給者	名	円	円
合計人数		名	合計金額	円

予防接種名		接種件数	単価	金額	
带状疱疹 ワクチン (定期接種)	生ワクチン	65歳以上	名	4,400 円	円
	生ワクチン	60歳以上65歳未満	名	4,400 円	円
		生活保護等受給者	名	円	円
		不活化ワクチン	65歳以上	名	11,000 円
	不活化ワクチン	60歳以上65歳未満	名	11,000 円	円
		生活保護等受給者	名	円	円
合計人数		名	合計金額	円	