

<<記入例>>

令和 7 年 5 月 1 日

野々市市長 あて

請求者の住所、氏名（法人の場合は法人名及び代表者職・氏名）を記入し、印鑑の押印をお願いします
 （口座名義が医療法人の場合は医療法人の印鑑）

担当者氏名（フルネーム）・電話番号が記載されている場合、押印は不要です

（医療機関名・請求者名）
 住 所 野々市市三納3丁目128番地
 医療機関名 医療法人社団 野々市医院
 （法人名含む）
 医 師 名 石川 太郎
 （電話番号 076-248-3511 ）
 担当者氏名 石川 花子
 （電話番号 076-248-3511 ）



(取引金融機関)		口座番号	口座名義（カタカナで記入）
野々市	銀行	0345678	1) ノイイイイ イカヲウ
	信用金庫		

令和 7 年度 A 類

毎回必ず記入してください
 ※取引金融機関に変更があった場合はその旨お知らせください

4 月実施の A 類疾病予防接種について、予防接種券を添えて報告し、委託料を請求します。

実施月ごとに提出 翌月10日必着		委託料金	件数	金額
BCG		11,450 円	1 件	11,450 円
ヒブ		9,140 円	1 件	9,140 円
小児用肺炎球菌		請求書ですので以下は再提出となります ・金額の訂正・修正テープの使用・フリクションでの記入 訂正の場合は線を引き、訂正印（請求印と同じ印）をお願いします		
B型肝炎				
五種混合		20,360 円	3 件	61,080 円
水痘		市ホームページからエクセル様式をダウンロードできます 色ぬり部分に入力して印刷したものを使用してください		
MR	麻しん・風しん (MRⅠ期、Ⅱ期)			
日本 脳 炎	日本脳炎(Ⅰ期)			
	日本脳炎(特例措置) 7歳6か月以上でⅠ期接種者	7,050 円	1 件	7,050 円
	日本脳炎(Ⅱ期)			
二種混合 (Ⅱ期)		4,910 円	件	円
ロ タ	ロタリックス(1価)	14,700 円	件	円
	ロタテック(5価)	9,670 円	2 件	19,340 円
HPV	子宮頸がん (2価・4価)	16,680 円	件	円
	子宮頸がん (9価)	29,600 円	3 件	88,800 円
四種混合		11,450 円	3 件	34,350 円
三種混合		5,960 円	件	円
ポリオ(不活化)		10,300 円	件	円
麻しん (Ⅰ期、Ⅱ期)		7,380 円	件	円
風しん (Ⅰ期、Ⅱ期)		7,410 円	件	円
合計			26 件	351,110 円

直接記入の場合は合計欄も漏れのないようお願いします