|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | | | | | | | |
|  | | 請　　求　　書 | | |  | | |
| **年　　月　　日 　　　鹿屋市長　様**  **（ 健康増進課扱い）**  **下記の金額を請求します。**  **請求金額　　　　　　　　　　　　　　　　円**  **住　所**  **㊞**  **氏　名**    **受領方法　　　　　　　１　口座振替　　 ２　窓口受領**  **＊番号に○印をつけてください。確認** | | | | | | | |
|  | **請求内訳**  **月分　予防接種業務委託料** | | | | | |  |
| **委託業務の名称** | | **委 託 料 単 価**  **（被接種者１人につき）** | **被接種者数** | | **委 託 料** |
| **麻しん予防接種（第１期・第２期）** | | **７，４２５円** |  | |  |
| **風しん予防接種（第１期・第２期）** | | **７，４２５円** |  | |  |
| **麻しん風しん混合予防接種（第１期・第２期）** | | **１１，０２２円** |  | |  |
| **四種混合予防接種** | | **１１，５７２円** |  | |  |
| **不活化ポリオ予防接種** | | **１０，３０７円** |  | |  |
| **二種混合予防接種** | | **５，４１２円** |  | |  |
| **日本脳炎（第１期）予防接種** | | **７，８８７円** |  | |  |
| **日本脳炎（第２期）予防接種** | | **７，０６２円** |  | |  |
| **ＢＣＧ接種** | | **９，８１２円** |  | |  |
| **子宮頸がん予防ワクチン接種**  **（サーバリックス・２価、ガーダシル・４価）** | | **１６，６８７円** |  | |  |
| **子宮頸がん予防ワクチン接種**  **（シルガード・９価）** | | **２６，８６２円** |  | |  |
| **ヒブワクチン接種** | | **９，１９６円** |  | |  |
| **小児用肺炎球菌ワクチン接種** | | **１２，２３２円** |  | |  |
| **水痘予防接種** | | **９，２６２円** |  | |  |
| **Ｂ型肝炎予防接種(ﾋﾞｰﾑｹﾞﾝ)** | | **６，６８１円** |  | |  |
| **Ｂ型肝炎予防接種(ﾍﾌﾟﾀﾊﾞｯｸｽ)** | | **６，９４１円** |  | |  |
| **ﾛﾀｳｲﾙｽﾜｸﾁﾝ予防接種(ﾛﾀﾘｯｸｽ・１価)** | | **１５，３２３円** |  | |  |
| **ﾛﾀｳｲﾙｽﾜｸﾁﾝ予防接種(ﾛﾀﾃｯｸ・５価)** | | **１０，５９３円** |  | |  |
| **予診のみ** | | **３，１０２円** |  | |  |
| **合　計** | | |  | | **円** |
|  | | | | | | | |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **口座振替申請書 　＊口座振替による受領を選択された場合は必ず記入してください。**  **下記口座に振り込んでください** | | | |
|  | **金融機関名** |  |  |
| **支　店　名** |  |
| **口座区分** |  |
| **口座番号** |  |
| **口座名義人** |  |
|  | | | |