

2024年(令和6年)度 乳幼児等予防接種報告書兼委託料請求書

金 円 (税込)

予防接種法に基づく予防接種を実施しましたので、上記の金額を請求します。

(但し 月分)

予防接種内訳

(税 抜)

種 別	接 種			接種不可			合 計 額(円)
	人数(人)	単価(円)※5	金額(円)	人数(人)	単価(円)※5	金額(円)	
ヒブ	生後2月～60月に至るまで		7,416		1,196		
小児用肺炎球菌※2	生後2月～60月に至るまで		10,226		1,196		
B型肝炎※1	1歳未満 「ビームゲン注」※3		5,132		1,196		
	1歳未満 「ヘプタバックス-Ⅱ」※4		5,168		1,196		
ロタウイルス※1	出生6週0日後～24週0日後まで 「ロタリックス」		12,670		1,196		
	出生6週0日後～32週0日後まで 「ロタテック」		7,762		1,196		
五種混合	生後2月～90月に至るまで		17,726		1,196		
四種混合	生後2月～90月に至るまで		8,795		1,196		
ポリオ	生後2月～90月に至るまで		8,565		1,196		
BCG	生後12月に至るまで		11,490		1,196		
麻しん 風しん (MR)	1期 生後12月～24月に至るまで		10,145		1,196		
	2期 小学校就学前1年間		8,845		1,196		
水痘	1歳以上3歳未満		7,490		1,196		
日本脳炎	9歳未満		5,780		1,196		
	9歳以上20歳未満		6,010		1,196		
二種混合	1期 生後3月～90月に至るまで		4,838		1,196		
	2期 11歳～13歳未満		4,418		1,196		
HPV※1 (子宮頸がん予防)	小6～高1の女子 及び キャッチアップ対象者 「サーバリックス」「ガーダシル」		13,625		1,196		
	小6～高1の女子 及び キャッチアップ対象者 「シルガード9」		22,455		1,196		
麻しん (単抗原)	1期 生後12月～24月に至るまで		7,790		1,196		
	2期 小学校就学前1年間		6,490		1,196		
風しん (単抗原)	1期 生後12月～24月に至るまで		7,790		1,196		
	2期 小学校就学前1年間		6,490		1,196		

※1使用するワクチン製剤により単価が異なります

※2「小児用肺炎球菌」は、13価及び15価のいずれを使用しても同額です。

※3「ビームゲン注」は、0.25ml及び0.5mlのいずれを使用しても同額です。

※4「ヘプタバックスⅡ」は、シリンジ0.25ml及び0.5mlのいずれを使用しても同額です。

※5記載の単価はすべて税抜き価格です。

※6小計額(税抜)の、消費税(円未満切り捨て)を記入してください。

小計 (税 抜)		円
消費税※6 (8%対象)	—	円
消費税※6 (10%対象)		円
合計 (税込)		円

年 月 日

明 石 市 長 様

所在地

医療機関名

代表者名

2024年(令和6年)度 乳幼児等予防接種報告書兼委託料請求書

金 **12,564** 円 (税込)

① 該当月を記入します。

(但し 10 月分)

② 該当月に接種した人数を、予防接種の種類ごとに記入します。予診の結果、接種不可になった場合は、接種不可の人数欄に記入します。  
記入人数に単価を乗じた額を金額欄に記入するとともに、合計額欄、請求額欄も記入します。

予防接種種別	接種時期	人数(人)	単価(円)※5	接種不可		合計額(円)	
				人数(人)	金額(円)		
ヒブ	生後2月～60月に至るまで	7,416			1,196		
小児用肺炎球菌※2	生後2月～60月に至るまで	<b>1</b>	10,226	<b>10,226</b>	<b>1</b>	1,196	<b>11,422</b>
B型肝炎※1	1歳未満「ビームゲン注」※3	5,132			1,196		
	1歳未満「ヘプタバックス-Ⅱ」※4	5,168			1,196		
ロタウイルス※1	出生6週0日後～24週0日後まで「ロタリックス」	12,670			1,196		
	出生6週0日後～32週0日後まで「ロタテック」	7,762			1,196		
五種混合	生後2月～90月に至るまで	17,726			1,196		
四種混合	生後2月～90月に至るまで	8,795			1,196		
ポリオ	生後2月～90月に至るまで	8,565			1,196		
BCG	生後12月に至るまで	11,490			1,196		
麻しん風しん(MR)	1期 生後12月～24月に至るまで	10,145			1,196		
	2期 小学校就学前1年間	8,845			1,196		
水痘	1歳以上3歳未満	7,490			1,196		
日本脳炎	9歳未満	5,780			1,196		
	9歳以上20歳未満	6,010			1,196		
二種混合	1期 生後3月～90月に至るまで	4,838			1,196		
	2期 11歳～13歳未満	4,418			1,196		
HPV※1 (子宮頸がん予防)	小6～高1の女子及びキャッチアップ対象者「サーバリックス」「ガーダシル」	13,625			1,196		
	小6～高1の女子及びキャッチアップ対象者「シルガード9」	22,455			1,196		
麻しん(単抗原)	1期 生後12月～24月に至るまで	7,790			1,196		
	2期 小学校就学前1年間	6,490			1,196		
風しん(単抗原)	1期 生後12月～24月に至るまで	7,790			1,196		
	2期 小学校就学前1年間	6,490			1,196		

※1使用するワクチン製剤により単価が異なります

※2「小児用肺炎球菌」は、13価及び15価のいずれを使用しても同額です。

※3「ビームゲン注」は、0.25ml及び0.5mlのいずれを使用しても同額です。

※4「ヘプタバックスⅡ」は、シリンジ0.5mlです。

※5記載の単価はすべて税抜き価格です。

※6小計額(税抜)の、消費税(円未満切り捨て)を記入します。

小計(税抜)	<b>11,422</b> 円
消費税※6 (8%対象)	— 円
消費税※6 (10%対象)	<b>1,142</b> 円
合計(税込)	<b>12,564</b> 円

年 月 日

明石市長様

所在地 神戸市〇〇区〇〇町1丁目1番1号

④ 明石市に債権者登録している医療機関の住所、名称、肩書、代表者を記入します。押印は不要です。

機関名 医療法人社団〇〇会 〇〇病院

者名 理事長 〇〇 太郎