紫波町ＨＰＶワクチン県外キャッチアップ接種実施報告書兼請求書

　　　　　年　　　月　　　日

紫波町長　熊谷　　　泉　様

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　医療機関

　所在地

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　名称

代表者名　 　　　　　　　　㊞

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　連絡先

次のとおりＨＰＶワクチンキャッチアップ接種を実施したので、予診票を添付のうえ、予防接種費を請求します。

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 被接種者 | 氏名 | |  |
| 生年月日 | | 年　　　　月　　　　日 |
| 予防種類の種類と今回の接種回数  （〇で囲んでください。） | | | ヒトパピローマウイルス感染症定期予防接種  （　１回目　　　２回目　　　３回目　） |
| 接種年月日 | | | 年　　　　月　　　　日 |
| 紫波町委託額　　　　　※１ | | ２価、４価 | １８，２３０円 |
| ９価 | ３０，５９０円 |
| 使用ワクチン  （〇で囲んでください。） | | | ２価　　　　　４価　　　　　９価 |
| 貴院での接種料金 | | | 円 |
| 請求額（予防接種費）　※２ | | | 円 |
| 振込先口座 | | | 金融機関名　　　　　　銀行　　　　　　支店  口座種別　　普通　　　当座  口座番号  (カナ)  口座名義人 |

※１　請求額（予防接種費）は、予防接種１回につき、接種日の属する年度に紫波町が実施する当該予防接種の委託額を上限とする。使用ワクチンによって委託額が異なるので留意のこと。

※２　紫波町委託額と貴院での接種料金のうち、いずれか少ないほうについて記入すること。また、差額については被接種者から徴収すること。