

(別紙様式 10) (第 9 の 1 関係)

岩手県広域的予防接種実施報告書兼請求書
(A類疾病)

年 月 日

紫波町長 殿

所 在 地

医 療 機 関 名

代表者職・氏名

印

年 月に下記のとおり貴町民に対し広域的予防接種を実施しましたので、委託料として、次のとおり請求します。

請求金額 円

1 内訳

予防接種の種類	単価	人数	金額	予防接種の種類	単価	人数	金額
DPT-IPV-Hib (五種混合)				Hib 感染症			
DPT (三種混合)				小児の肺炎 球菌感染症			
DT (ジフテリア・破傷風)				HPV 感染症			
IPV (不活化ポリオ)				水痘			
麻しん 風しん混合 (MR)				B 型肝炎			
麻しん				ロ タ ウ イ ル ス 感 染 症	ロ タ リ ッ ク ス		
風しん					ロ タ テ ッ ク		
日本脳炎				RS ウイルス 感染症			
結核 (BCG)				予診のみ			

※実施要領に定める協力医療機関の接種料金が、住所地市町村の定める公費負担上限額を超えない場合は、協力医療機関の接種料金を請求してください。

2 振込先

金融機関名	銀行	本・支店
口座種別	普通 当座 その他 ()	
口座番号		
(フリガナ)		
口座名義人		