

令和 年 月 日

令和7年度 定期予防接種実績報告書兼請求書 (月分)

飯塚市長
健幸保健課 地域保健係

住所
医療機関名
代表者氏名
電話番号

印

予防接種が完了いたしましたので、下記のとおり請求します。

記

ワクチン名		1件あたりの料金(円)	件数	請求額(円)	備考
五種混合(ジフテリア・破傷風・百日咳・ポリオ・ヒブ)		20,553			
四種混合(ジフテリア・破傷風・百日咳・ポリオ)		11,643			
三種混合(ジフテリア・破傷風・百日咳)		6,154			
不活化ポリオワクチン		10,323			
二種混合(ジフテリア・破傷風)1期7歳6カ月未満		6,396			
二種混合(ジフテリア・破傷風)2期満11歳～13歳未満		5,098			
麻しん風しん混合(MR)	1期	10,983			
	2期	10,983			
麻しん単独(1期・2期)		7,408			
風しん単独(1期・2期)		7,419			
BCG		11,478			
日本脳炎(6歳未満)		7,903			
日本脳炎(6歳以上)		7,078			
ヒトパピローマウイルス感染症(子宮頸がん)ワクチン【2価・4価】		16,703			
ヒトパピローマウイルス感染症(子宮頸がん)ワクチン【9価】		27,392			
ヒブワクチン		9,335			
小児用肺炎球菌ワクチン		12,413			
水痘(生後12月～36月未満)		9,278			
B型肝炎ワクチン0.25ml		6,708			
B型肝炎ワクチン0.5ml(ハイアル)		6,919			
ロタ(1価)		14,998			
ロタ(5価)		9,971			
不可問診(見合わせ)		3,228			
合 計			件	¥ 円	

※提出先 〒820-8605 飯塚市忠隈523番地(穂波庁舎) 健幸保健課 地域保健係
☎ 0948-96-8615

振込先

金融機関			口座名義人
銀行		本店	フリガナ) 名義)
信用金庫		支店	
信用組合		支所	
農業協同組合		出張所	
預金種目	普通 当座	口座番号	

令和7年度 定期予防接種実績報告書兼請求書 (月分)

飯塚市長
健幸保健課 地域保健係

捨印

住所、医療機関名、代表者氏名、電話番号を記入してください。
※押印は代表者印(理事長印、院長印等)か代表者個人印(認
印可、顔料系以外のシャチハタタイプ印は不可)
※修正液は使用不可、訂正印は可(訂正印は代表者印と同一)

住所
医療機関名
代表者氏名
電話番号

印

予防接種が完了いたしましたので、下記のとおり請求します。

記

ワクチン名	1件あたりの料金(円)	件数	請求額(円)	備考
五種混合(ジフテリア・破傷風・百日咳・ポリオ・ヒブ)	20,553			
四種混合(ジフテリア・破傷風・百日咳・ポリオ)	11,643			
三種混合(ジフテリア・破傷風・百日咳)	6,154			
不活化ポリオワクチン	10,323			
二種混合(ジフテリア・破傷風)1期7歳6カ月未満	6,396			
二種混合(ジフテリア・破傷風)2期満11歳~13歳未満	5,098			
麻し	10,983			
麻し	10,983			
風し	7,419			
BCG	11,478			
日本脳炎(6歳未満)	7,903			
日本脳炎(6歳以上)	7,078			
ヒトパピローマウイルス感染症(子宮頸がん)ワクチン【2価・4価】	16,703			
ヒトパピローマウイルス感染症(子宮頸がん)ワクチン【9価】	27,392			
ヒブワクチン				
小児用肺炎球菌ワクチン				
水痘(生後12月~36月未満)				
B型肝炎ワクチン0.25ml				
B型肝炎ワクチン0.5ml(ハイアル)				
ロタ(1価)				
ロタ(5価)	9,971			
振込先を記入してください。 ※請求者と振込先名義人は同一に記載してください。 ※請求者と振込先名義人が違う場合は委任状が必要になりますので、 別紙委任状を年度当初に1枚提出してください。 ※修正液は使用不可、訂正印は可(訂正印は代表者印と同一)		件	¥	円
金融機関		口座名義人		
銀行	本店	フリガナ)		
信用金庫	支店			
信用組合	支所			
農業協同組合	出張所	名義)		
預金種目	普通 当座	口座番号		