

令和8年度 鹿児島市定期予防接種 請求書兼内訳書

例

(令和 年 月分)

〔鹿児島市提出用〕

令和 年 月 日

所在地及び名称

鹿児島市長 殿

代表者氏名

押印を省略する場合は、記入してください
(担当者:氏名 電話)

予防接種委託料を下記のとおり請求します。

記

押印をする場合は契約書の印鑑
と同じ物を使用してください。
押印を省略する場合は担当者の
フルネームと電話番号の記入を

予防接種名	委託単価	件数	委託料 (円)
5種混合	20,526円	1件	20,526円
3種混合	6,127円	1件	6,127円
ポリオ	10,461円	1件	10,461円
BCG	13,046円	1件	13,046円
ヒブワクチン	9,406円	1件	9,406円
小児用肺炎球菌	15価	1件	12,386円
	20価	1件	12,386円
麻しん・風しん 混合	第1期	1件	11,176円
	第2期	1件	11,176円
麻しん	第1・2期	件	円
風しん	第1・2期	件	円
2種混合	5,071円	件	円
日本脳炎	第1期	1件	8,041円
	第2期	1件	7,216円
	特例	1件	7,216円
子宮頸がん(9価)	27,001円	1件	27,001円
RSウイルス	29,931円		円
水痘	9,416円		円
B型肝炎	6,835円		円
ロタウイルス(1価)	14,696円		円
ロタウイルス(5価)	9,669円	件	円
その他(2種混合)	6,336円	1件	6,336円
その他()	円	件	円
その他()	円	件	円
予診料(接種不可者)	3,201円	件	円
合計		14件	162,500円

別途配付している冊子の2種混合の単価については、金額の修正が間に合いませんでしたので、2種混合の実績がある場合は、『その他』に記入をお願いします。

【感染症対策課確認欄】

受付印	課長	係長	係	照合

令和8年度 鹿児島市定期予防接種 請求書兼内訳書

(令和 年 月分)

〔鹿児島市提出用〕

令和 年 月 日

所在地及び名称

鹿児島市長 殿

代表者氏名

押印を省略する場合は、記入してください。

(担当者:氏名 電話)

予防接種委託料を下記のとおり請求します。

記

予防接種名	委託単価	件数	委託料 (円)
5種混合	20,526円	件	円
3種混合	6,127円	件	円
ポリオ	10,461円	件	円
BCG	13,046円	件	円
ヒブワクチン	9,406円	件	円
小児用肺炎球菌	15価	件	円
	20価	件	円
麻しん・風しん 混合	第1期	件	円
	第2期	件	円
麻しん	7,579円	件	円
風しん		件	円
2種混合	6,336円	件	円
日本脳炎	第1期	件	円
	第2期	件	円
	特例	件	円
子宮頸がん(9価)	27,001円	件	円
RSウイルス	29,931円	件	円
水痘	9,416円	件	円
B型肝炎	6,835円	件	円
ロタウイルス(1価)	14,696円	件	円
ロタウイルス(5価)	9,669円	件	円
その他()	円	件	円
その他()	円	件	円
その他()	円	件	円
予診料(接種不可者)	3,201円	件	円
合計		件	円

【感染症対策課確認欄】

受付印	課長	係長	係	照合

令和8年度 鹿児島市定期予防接種 請求書兼内訳書

(令和 年 月分)

〔医師会提出用〕

令和 年 月 日

所在地及び名称

鹿児島市長 殿

代表者氏名

(担当者:氏名 電話)

予防接種委託料を下記のとおり請求します。

記

予防接種名	委託単価	件数	委託料 (円)
5種混合	20,526円	件	円
3種混合	6,127円	件	円
ポリオ	10,461円	件	円
BCG	13,046円	件	円
ヒブワクチン	9,406円	件	円
小児用肺炎球菌	15価	件	円
	20価	件	円
麻しん・風しん 混合	第1期	件	円
	第2期	件	円
麻しん	第1・2期	件	円
風しん		件	円
2種混合	6,336円	件	円
日本脳炎	第1期	件	円
	第2期	件	円
	特例	件	円
子宮頸がん(9価)	27,001円	件	円
RSウイルス	29,931円	件	円
水痘	9,416円	件	円
B型肝炎	6,835円	件	円
ロタウイルス(1価)	14,696円	件	円
ロタウイルス(5価)	9,669円	件	円
その他()	円	件	円
その他()	円	件	円
その他()	円	件	円
予診料(接種不可者)	3,201円	件	円
合計		件	円

令和8年度 鹿児島市定期予防接種 請求書兼内訳書

(令和 年 月分)

〔医療機関控用〕

令和 年 月 日

所在地及び名称

鹿児島市長 殿

代表者氏名

(担当者:氏名 電話)

予防接種委託料を下記のとおり請求します。

記

予防接種名	委託単価	件数	委託料 (円)
5種混合	20,526円	件	円
3種混合	6,127円	件	円
ポリオ	10,461円	件	円
BCG	13,046円	件	円
ヒブワクチン	9,406円	件	円
小児用肺炎球菌	15価	件	円
	20価	件	円
麻しん・風しん 混合	第1期	件	円
	第2期	件	円
麻しん	第1・2期	件	円
風しん		件	円
2種混合	6,336円	件	円
日本脳炎	第1期	件	円
	第2期	件	円
	特例	件	円
子宮頸がん(9価)	27,001円	件	円
RSウイルス	29,931円	件	円
水痘	9,416円	件	円
B型肝炎	6,835円	件	円
ロタウイルス(1価)	14,696円	件	円
ロタウイルス(5価)	9,669円	件	円
その他()	円	件	円
その他()	円	件	円
その他()	円	件	円
予診料(接種不可者)	3,201円	件	円
合計		件	円