

令和 6 年（2024 年）4 月
～令和 7 年（2025 年）3 月分用

請求書

予防接種料金	請求金額	百万			千			円

上記のとおり請求します。（ 年 月分）

豊 中 市 長 様 年 月 日

住 所

医療機関名

氏 名

(請求内訳) (訂正がない場合は押印不要)

予防接種名	接種区分	実施人員	単価（消費税込）	金 額
三種混合 （第 1 期）	接 種	人	4,983 円	円
	予診のみ	人	2,915 円	円
不活化ポリオ （単独）	接 種	人	9,328 円	円
	予診のみ	人	2,915 円	円
麻しん （第 1・2 期）	接 種	人	7,513 円	円
	予診のみ	人	4,015 円	円
風しん （第 1・2 期）	接 種	人	7,524 円	円
	予診のみ	人	4,015 円	円
麻しん風しん混合 （第 3・4 期） 【長期療養による 特例対象者分】	接 種	人	10,285 円	円
	予診のみ	人	3,190 円	円
麻しん（第 3・4 期） 【長期療養による 特例対象者分】	接 種	人	6,688 円	円
	予診のみ	人	3,190 円	円
風しん（第 3・4 期） 【長期療養による 特例対象者分】	接 種	人	6,699 円	円
	予診のみ	人	3,190 円	円
副反応疑い報告書作成料		件	550 円	円
			合 計	円

※ 訂正がある場合は、訂正箇所にも二重線を引き、管理医師の氏名印を「氏名欄」及び「訂正箇所」に押印してください。

※ 一番上の請求金額の欄は訂正ができませんのでご注意ください。

(市提出用)

～令和 7 年（2025 年）3 月分用

予防接種料金

請求金額	百万			千			円
------	----	--	--	---	--	--	---

豊中市長様

年 月 日

住所

医療機関名

氏 名

(訂正がない場合は押印不要)

予防接種名	接種区分	実施人員	単価（消費税込）	金 額
三種混合 （第１期）	接 種	人	4,983 円	円
	予診のみ	人	2,915 円	円
不活化ポリオ （単独）	接種	人	9,328 円	円
	予診のみ	人	2,915 円	円
麻しん （第１・２期）	接 種	人	7,513 円	円
	予診のみ	人	4,015 円	円
風しん （第１・２期）	接 種	人	7,524 円	円
	予診のみ	人	4,015 円	円
麻しん風しん混合 （第３・４期） 【長期療養による 特例対象者分】	接 種	人	10,285 円	円
	予診のみ	人	3,190 円	円
麻しん（第３・４期） 【長期療養による 特例対象者分】	接 種	人	6,688 円	円
	予診のみ	人	3,190 円	円
風しん（第３・４期） 【長期療養による 特例対象者分】	接 種	人	6,699 円	円
	予診のみ	人	3,190 円	円
副反応疑い報告書作成料		件	550 円	円
			合 計	円

※ 一番上の請求金額の欄は訂正ができませんのでご注意ください。

(医療機関控用)