

A(令8)

別様式

令和8年(2026年)4月

～令和9年(2027年)3月分用

子どもの定期予防接種(A類)委託料請求書

上記のとおり請求します。(令和 年 月接種分)

豊中市長様

令和 年 月 日

住所

医療機関名

氏名

(訂正がない場合は押印不要)

(請求内訳)

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	接種	人	8,723円	円
	予診のみ	人	2,948円	円
四種混合	接種	人	10,648円	円
	予診のみ	人	2,948円	円
不活化ポリオ (単独)	接種	人	9,394円	円
	予診のみ	人	2,948円	円
ヒブ	接種	人	8,329円	円
	予診のみ	人	2,948円	円
麻しん (単独)	接種	人	7,579円	円
	予診のみ	人	4,048円	円
風しん (単独)	接種	人	7,590円	円
	予診のみ	人	4,048円	円
二種混合 (DT)	1ml ワクチン接種	人	3,861円	円
	ロスワクチン	mL	<small>(0.1ml あたり単価)</small> 198円	円
	予診のみ	人	3,223円	円
			合計	円

※ 訂正がある場合は、訂正箇所に二重線を引き、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。

(市提出用)

子どもの定期予防接種(A類)委託料請求書

上記のとおり請求します。(令和 年 月接種分)

豊中市長様

令和 年 月 日

住 所

医療機関名

氏 名

(訂正がない場合は押印不要)

(請求内訳)

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	接 種	人	8,723 円	円
	予診のみ	人	2,948 円	円
四種混合	接 種	人	10,648 円	円
	予診のみ	人	2,948 円	円
不活化ポリオ (単独)	接種	人	9,394 円	円
	予診のみ	人	2,948 円	円
ヒブ	接種	人	8,329 円	円
	予診のみ	人	2,948 円	円
麻しん (単独)	接 種	人	7,579 円	円
	予診のみ	人	4,048 円	円
風しん (単独)	接 種	人	7,590 円	円
	予診のみ	人	4,048 円	円
二種混合 (DT)	1ml ワクチン接種	人	3,861 円	円
	ロスワクチン	ml	<small>(0.1ml あたり単価)</small> 198 円	円
	予診のみ	人	3,223 円	円
			合 計	円

※ 訂正がある場合は、訂正箇所に二重線を引き、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。

(医療機関控用)