

※ 単価が変更するため、この請求書は、2023年(令和5年)11月分～3月分のみ利用できます。

(神戸市医師会契約医療機関用)

2023年(令和5年)度 乳幼児等予防接種報告書兼委託料請求書

金 円 (税 込)

予防接種法に基づく予防接種を実施しましたので、上記の金額を請求します。(但し 月分)

予防接種内訳

(税 抜)

Table with columns: 種別, 接種 (人数, 単価, 金額), 接種不可 (人数, 単価, 金額), 合計額. Rows include Hib, 小児用肺炎球菌, B型肝炎, ロタウイルス, 四種混合, ポリオ, BCG, MR, 水痘, 日本脳炎, 二種混合, HPV, 麻しん(単抗原), 風しん(単抗原).

※1使用するワクチン製剤により単価が異なります

※2「ビームゲン注」は、0.25ml及び0.5mlのいずれを使用しても同額です。

※3「へプタボックスII」は、シリンジ0.25ml及び0.5mlのいずれを使用しても同額です。

※4記載の単価はすべて税抜き価格です。

※5小計額(税抜)の、消費税(円未満切り捨て)を記入してください。

Summary table with rows: 小計(税抜), 消費税※5(8%対象), 消費税※5(10%対象), 合計(税込). Includes 円 symbols on the right.

年 月 日

明石市長様

所在地

医療機関名

代表者名

※ 単価が変更するため、この請求書は、2023年(令和5年)11月分～3月分のみ利用できます。

(神戸市医師会契約医療機関用)

2023年(令和5年)度 乳幼児等予防接種報告書兼委託料請求書

金 12,030 円 (税込)

① 該当月を記入します。

(但し 11 月分)

② 該当月に接種した人数を、予防接種の種類ごとに記入します。予診の結果、接種不可になった場合は、接種不可の人数欄に記入します。

記入人数に単価を乗じた額を金額欄に記入するとともに、合計額欄、請求額欄も記入します。

(税 抜)

Table with columns for vaccine type, age group, number of people, unit price, amount, and total amount. Includes rows for Hib, Polio, BCG, etc.

※1使用するワクチン製剤により単価が異なります

※2「ビームゲン注」は、0.25ml及び0.5mlのいずれを使用しても同額です。

※3「へプタボックスII」は、シリンジ0.25ml及び0.5mlのいずれを使用しても同額です。

※4記載の単価はすべて税抜き価格です。

※5小計額(税抜)の、消費税(円未満切り捨て)を記入します。

Summary table with rows for subtotal (tax-exempt), consumption tax (8%), consumption tax (10%), and total amount (tax-included).

③ 小計額(税抜)の、消費税(円未満切り捨て)を記入します。

年 月 日

明石市長様

所在地 神戸市〇〇区〇〇町1丁目1番1号

医療機関名 医療法人社団〇〇会 〇〇病院

者名 理事長 〇〇 太郎

④ 明石市に債権者登録している医療機関の住所、名称、肩書、代表者を記入します。押印は不要です。

接種医療機関 明石市こども健康センター