　　年　　月　　日

別紙様式３

定期予防接種料見積書

滋賀県東近江市長　様

医療機関所在地

医療機関名

代表者職氏名　　　　　　　　　　　　　　　印

当医療機関で実施する定期予防接種について、その接種料を下記のとおりお見積りさせていた

だきます。

記

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　（消費税及び地方消費税含む）

|  |  |
| --- | --- |
| 予防接種名（ワクチン名） | 単　　価 |
| １価ロタウイルス（ロタリックス）２回用 | 円 |
| ５価ロタウイルス（ロタテック）３回用 | 円 |
| ヒブ | 円 |
| 小児用肺炎球菌（15価） | 円 |
| 小児用肺炎球菌（20価） | 円 |
| ＢＣＧ | 円 |
| 水痘 | 円 |
| 単独ポリオ | 円 |
| ５種混合（DPT-IPV-Hib） | 円 |
| ４種混合（DPT-IPV） | 円 |
| ３種混合（DPT） | 円 |
| ２種混合（DT) | 円 |
| 麻しん風しん混合 | 円 |
| 麻しん | 円 |
| 風しん | 円 |
| 日本脳炎 | 円 |
| ヒトパピローマウイルス感染症（２価） | 円 |
| ヒトパピローマウイルス感染症（４価） | 円 |
| ヒトパピローマウイルス感染症（９価） | 円 |
| Ｂ型肝炎 | 円 |
| 高齢者肺炎球菌（一部負担金：2,500円） | * 円 |
| 帯状疱疹（乾燥弱毒生水痘）（一部負担金：2,000円） | * 円 |
| 帯状疱疹（乾燥組換え帯状疱疹）（一部負担金：5,000円） | * 円 |
| インフルエンザ（一部負担金：2,000円） | * 円 |
| 新型コロナ（一部負担金：4,500円） | * 円 |

* 一部負担金がある予防接種については、差し引いた金額となっています。