

大月市長 様

年 月 日

所在地
医療機関名
代表者名
電話番号

印

令和6年度 予防接種委託料請求書(B類疾病)

年 月分の予防接種予診票を添えて、次のとおり接種費用を請求します。

請求金額 円

予防接種内容		単価	接種人数	金額
高齢者 肺炎球菌	65歳	4,000 円	人	円
	60～64歳 (チェック票添付)	4,000 円	人	円
	生活保護 (証明書添付)	助成限度額 8,000 円	人	円
		助成限度額に満たない場合 円	人	円
インフルエンザ (10～1月のみ)	65歳以上	2,500 円	人	円
	60～64歳 (チェック票添付)	2,500 円	人	円
	生活保護 (証明書添付)	助成限度額 4,000 円	人	円
		助成限度額に満たない場合 円	人	円
新型コロナ (10～3月のみ)	65歳以上	11,800 円 (市: 3500円、国8300円)	人	円
	60～64歳 (チェック票添付)	11,800 円 (市: 3500円、国8300円)	人	円
	生活保護 (証明書添付)	助成限度額 15,300 円 (市: 7000円、国8300円)	人	円
		助成限度額に満たない場合 円	人	円
予診のみ		2,000 円	人	円
合 計				円

* 生活保護の請求については、限度額に満たない場合は下段に医療機関の接種料金を「単価」の欄に記入してください。

【 振込口座 】

金融機関名	銀行・金庫 組合・農協		本店・支店 支所・出張所
預金種別	普通 ・ 当座	口座番号	
口座名義人 (カタカナ表記)			

【 検収 (市記入欄) 】

上記について、相違ないことを確認しました。

令和 年 月 日

職員氏名

印