

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4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 (年度年齢)	4,000 円	人	円
	70歳以上 (年度年齢)	3,000 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
高齢者 インフルエンザ (10~1月のみ)	助成限度額に満たない場合			
	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				
予 診 のみ		2,000 円	人	円
合 计				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
フリガナ			
口座名義人			

## 【 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