

大月市長 様

年 月 日

* 実施日の次月10までに請求してください

修正箇所がある場合は、訂正印を押してください。印鑑は、右の請求者印と同じものを押してください。

所在地
医療機関名
代表者名
電話番号

印

令和〇年度 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 助成限度額に満たない場合 円	人 人	円 円
高齢者インフルエンザ (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 助成限度額に満たない場合 円	人 人	円 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。

必ず口座情報を記入してください。フリガナも忘れずに記入してください。

【 振込口座 】

金融機関名	銀行・金庫		本店・支店
	組合・農協		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