

所在地

医療機関名

代表者名

電話番号

印

### 令和8年度 予防接種委託料請求書

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	6,000 円	人	円		
	60～64歳(チェック票添付)	6,000 円	人	円		
	生活保護 (証明書添付)	助成限度額	12,000 円	人	円	
		助成限度額に満たない場合	円	人	円	
带状疱疹	組換え	65歳(経過措置含む)	10,000 円	人	円	
		60～64歳(チェック票添付)	10,000 円	人	円	
		生活保護 (証明書添付)	助成限度額	20,000 円	人	円
			助成限度額に満たない場合	円	人	円
	生	65歳(経過措置含む)	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	
高用量 インフルエンザ (10～1月のみ)	75歳以上	4,800 円	人	円		
	生活保護 (証明書添付)	助成限度額	9,600 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	7,800 円	人	円		
	60～64歳(チェック票添付)	7,800 円	人	円		
	生活保護 (証明書添付)	助成限度額	15,300 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		

\* 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		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
口座名義人 (カタカナ表記)			

#### 【 審査確認 (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