

(宛先)大月市長

\* 実施日の次月10までに請求してください  
請求日は市へ提出する日を記入

年 月 日

見本

金額以外の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

\* 金額の訂正は訂正印不可

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

赤字の箇所は必要な添付書類を付けてください。

接種日現在64歳でもチェック票がない方はこちらへ記入してください。

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	
	60~64歳(チェック票添付)	6,000 円	人	
	生活保護(証明書添付)	助成限度額	12,000 円	人
		助成限度額に満たない場合	円	人
組換え帯状疱疹	65歳(経過措置含む)	10,000 円	人	
	60~64歳(チェック票添付)	10,000 円	人	
	生活保護(証明書添付)	助成限度額	20,000 円	人
		助成限度額に満たない場合	円	人
生	65歳(経過措置含む)	4,000 円	人	
	60~64歳(チェック票添付)	4,000 円	人	
	生活保護(証明書添付)	助成限度額	8,000 円	人
		助成限度額に満たない場合	円	人
インフルエンザ(10~1月のみ)	65歳以上	2,500 円	人	
	60~64歳(チェック票添付)	2,500 円	人	
	生活保護(証明書添付)	助成限度額	4,000 円	人
		助成限度額に満たない場合	円	人
高用量インフルエンザ(10~1月のみ)	75歳以上	4,800 円	人	
	生活保護(証明書添付)	助成限度額	9,600 円	人
		助成限度額に満たない場合	円	人
		助成限度額	円	人
新型コロナ(10~3月のみ)	65歳以上	7,800 円	人	
	60~64歳(チェック票添付)	7,800 円	人	
	生活保護(証明書添付)	助成限度額	15,300 円	人
		助成限度額に満たない場合	円	人
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 】

必ず口座情報を記入してください。

金融機関名	組合・農協			本店・支店
預金種別	普通	当座	口座番号	支所・出張所
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