

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7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<br>肺炎球菌          | 65歳                 | 4,000 円             | 人                 | 円  |   |
|                      | 60～64歳<br>(チェック票添付) | 4,000 円             | 人                 | 円  |   |
|                      | 生活保護<br>(証明書添付)     | 助成限度額<br>8,000 円    | 人                 | 円  |   |
|                      |                     | 助成限度額に満たない場合<br>円   | 人                 | 円  |   |
| 带状疱疹                 | 組<br>換<br>え         | 65歳(経過措置含む)         | 10,000 円          | 人  | 円 |
|                      |                     | 60～64歳<br>(チェック票添付) | 10,000 円          | 人  | 円 |
|                      |                     | 生活保護<br>(証明書添付)     | 助成限度額<br>20,000 円 | 人  | 円 |
|                      |                     |                     | 助成限度額に満たない場合<br>円 | 人  | 円 |
|                      | 生                   | 65歳(経過措置含む)         | 4,000 円           | 人  | 円 |
|                      |                     | 60～64歳<br>(チェック票添付) | 4,000 円           | 人  | 円 |
|                      |                     | 生活保護<br>(証明書添付)     | 助成限度額<br>8,000 円  | 人  | 円 |
|                      |                     |                     | 助成限度額に満たない場合<br>円 | 人  | 円 |
| インフルエンザ<br>(10～1月のみ) | 65歳以上               | 2,500 円             | 人                 | 円  |   |
|                      | 60～64歳<br>(チェック票添付) | 2,500 円             | 人                 | 円  |   |
|                      | 生活保護<br>(証明書添付)     | 助成限度額<br>4,000 円    | 人                 | 円  |   |
|                      |                     | 助成限度額に満たない場合<br>円   | 人                 | 円  |   |
| 新型コロナ<br>(10～3月のみ)   | 65歳以上               | 7,800 円             | 人                 | 円  |   |
|                      | 60～64歳<br>(チェック票添付) | 7,800 円             | 人                 | 円  |   |
|                      | 生活保護<br>(証明書添付)     | 助成限度額<br>15,300 円   | 人                 | 円  |   |
|                      |                     | 助成限度額に満たない場合<br>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<br>組合・農協 |      | 本店・支店<br>支所・出張所 |
| 預金種別              | 普通 ・ 当座        | 口座番号 |                 |
| 口座名義人<br>(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