

大月市長 様

(日付記入する)→

年 月 日

* 実施日の次月10までに請求してください

見本

所在地
医療機関名
代表者名
電話番号

印

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。

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	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 助成限度額に満たない場合 円		人	円
	65歳以上	2,500 円		人	円
	60～64歳 (チェック票添付)	2,500 円		人	円
高齢者 インフルエンザ (10～1月のみ)	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	円
	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 常 状 疱 疹	生活保護 (証明書添付)	助成限度額 20,000 円 助成限度額に満たない場合 円		人	円
	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 助成限度額に満たない場合 円		人	円
	65歳以上	7,800 円		人	円
新 型 コ ロ ナ (10～3月のみ)	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 助成限度額に満たない場合 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 】

必ず口座情報を記入してください。

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	
口座名義人 (カタカナ表記)	例)オオツキイイン インチョウ オオツキ タロウ			

【 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