

予防接種委託料請求書
(帯状疱疹 定期予防接種)

年 月 日

(宛先) 周南市長

(請求者) 医療機関
所在地
法人名
医療機関名
代表者名
(肩書・氏名)

印

※代表者印を省略される場合は、下部の担当者及び連絡先欄の記載が必要です。

請求金額 円

(内訳明細)

対象者	予 防 接 種 種 別	単価 (円)	件数	請求金額 (円)
(1)①当該年度に 65・70・75・80・ 85・90・95・100歳 になる者 ②100歳以上の者	帯状疱疹 生ワクチン (一般)	6,200		
	帯状疱疹 生ワクチン (生活保護世帯)	8,860		
	帯状疱疹 組換えワクチン (一般)	15,440		
	帯状疱疹 組換えワクチン (生活保護世帯)	22,060		
	予診の結果不接種	1,397		
(2)60歳以上65歳未 満の定期高リスク 対象者 ※別紙1を予診票に 必ず添付	帯状疱疹 生ワクチン (一般)	6,200		
	帯状疱疹 生ワクチン (生活保護世帯)	8,860		
	帯状疱疹 組換えワクチン (一般)	15,440		
	帯状疱疹 組換えワクチン (生活保護世帯)	22,060		
	予診の結果不接種	1,397		
計				

月実施分について、上記のとおり請求します。

(注意)

- ・ 請求内容を訂正する場合は、代表者印の押印または請求者による訂正署名が必要です。
(砂消ゴムや修正液等で修正しないでください)
- ・ 金額の訂正はできませんので再作成してください。
- ・ 貴院が記入した件数と市が確認した件数が異なった場合、訂正した内容を記入してお送りしますので、再度ご提出ください

担当者及び連絡先

担 当 者 名 :

連絡先 :

R7