

予防接種委託料請求書
 （带状疱疹 周南市独自制度）

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）
(3) 50歳以上の 高リスク者 ※別紙1を予診票に 必ず添付	带状疱疹 生ワクチン（一般）	6,200		
	带状疱疹 生ワクチン（生活保護世帯）	8,860		
	带状疱疹 組換えワクチン（一般）	15,440		
	带状疱疹 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		
(4) 65歳以上で定期 接種及び高リスク に該当しない者	带状疱疹 生ワクチン	4,000		
	带状疱疹 組換えワクチン	10,000		
	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