

予防接種委託料請求書 (高齢者の肺炎球菌感染症)

年 月 日

(宛先) 周南市長

医療機関所在地
(請求者) 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	件数	単価(円)	請求金額(円)
65歳の者 ※受診券を 予診票に 必ず添付	高齢者の肺炎球菌感染症予防接種 (一般) 【被接種者自己負担あり】		8,200	
	高齢者の肺炎球菌感染症予防接種 (生活保護世帯) 【被接種者自己負担なし】		11,720	
	予診の結果不接種		1,397	
60歳以上特例 予防接種対象者 ※別紙1を 予診票に 必ず添付	高齢者の肺炎球菌感染症予防接種 (一般) 【被接種者自己負担あり】		8,200	
	高齢者の肺炎球菌感染症予防接種 (生活保護世帯) 【被接種者自己負担なし】		11,720	
	予診の結果不接種		1,397	
計				

年 月実施分について、上記のとおり請求いたします。

(注意)

- 請求書の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 ※代表者印を省略される場合は記載が必要です

担当者名: (連絡先:)

R8