

予防接種委託料請求書
(帯状疱疹 周南市独自制度)

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)
50歳以上の 高リスク者 ※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				

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：)