

B類疾病予防接種委託料請求書

令和 年 月 日

長門市長 様

住 所

医療機関名

代表者名

印

請求金額 円

内訳(接種済報告書)

項 目	接種単価 (円) A	自己負担金 (円) B	請求単価 (円) A-B	人 数 (人) C	請求金額 (円) (A-B)×C
高齢者肺炎球菌	65歳の方	11,720	3,520	8,200	
	60歳以上65歳未満 (該当する障害を有する方)	11,720	3,520	8,200	
	生活保護受給者 (対象年齢の方)	11,720	—	11,720	
	予診のみ	1,397	—	1,397	
(生ワクチン) 带状疱疹	今年度節目年齢(65歳以上 5歳刻み、100歳)になる方	8,860	2,660	6,200	
	60歳以上65歳未満 (該当する障害を有する方)	8,860	2,660	6,200	
	生活保護受給者 (対象年齢の方)	8,860	—	8,860	
	予診のみ	1,397	—	1,397	
(組換えワクチン) 带状疱疹	今年度節目年齢(65歳以上 5歳刻み、100歳)になる方	22,060	6,620	15,440	
	60歳以上65歳未満 (該当する障害を有する方)	22,060	6,620	15,440	
	生活保護受給者 (対象年齢の方)	22,060	—	22,060	
	予診のみ	1,397	—	1,397	
合 計					

令和 年 月分を上記のとおり請求します。

金融機関名	銀行	支店・支所
口座番号	普通・当座	NO.
フリガナ 名義人		