別表2

【令和8年度10月以降】

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
インフルエンザ	65歳以上の方	4,950	1,490	3,460		
	60歳以上65歳未満（該当する障害を有する方）	4,950	1,490	3,460		
	生活保護受給者（対象年齢の方）	4,950	ー	4,950		
	予診のみ	1,397	ー	1,397		
新型コロナ	65歳以上の方	15,600	4,680	10,920		
	60歳以上65歳未満（該当する障害を有する方）	15,600	4,680	10,920		
	生活保護受給者（対象年齢の方）	15,600	ー	15,600		
	予診のみ	1,397	ー	1,397		
成人用肺炎球菌	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	ー	11,720		
	予診のみ	1,397	ー	1,397		
帯状疱疹（生ワクチン）	今年度節目年齢（65歳以上5歳刻み、100歳以上）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	ー	8,860		
	予診のみ	1,397	ー	1,397		
帯状疱疹（組換えワクチン）	今年度節目年齢（65歳以上5歳刻み、100歳以上）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	ー	22,060		
	予診のみ	1,397	ー	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・支店
口座番号	普通 ・ 当座　　NO.
フリガナ 名義人	