

請求書

請求先)

市長

令和

年

月

日

令和

年

月

実施分

住所

電話番号

名称

役職・氏名

登録番号

T

高齢者帯状疱疹個別予防接種
委託料を下記のとおり請求します

請求金額

円

内訳

B 類 予 防 接 種	区分		単価（円）	件数（件）	合計（円）
	高齢者 带状疱疹 （一般）	生ワクチン （ビケン）	6 5 歳以上	4, 860	
			6 0 歳以上 6 5 歳未満 (障がい1 級)	4, 860	
		不活化ワクチン (シングリックス)	6 5 歳以上	8, 060	
			6 0 歳以上 6 5 歳未満 (障がい1 級)	8, 060	
	高齢者 带状疱疹 (生活保護) (中国残留邦人 等支援受給者)	生ワクチン （ビケン）	6 5 歳以上	8, 860	
			6 0 歳以上 6 5 歳未満 (障がい1 級)	8, 860	
		不活化ワクチン (シングリックス)	6 5 歳以上	22, 060	
			6 0 歳以上 6 5 歳未満 (障がい1 級)	22, 060	
	未接種予診料（※）			3, 201	

(※) 同時接種の場合は、1回分のみ請求(B類で1回)

債権者コード

振込口座

振込先金融機関名		口座情報		口座名義人（カタカナで）
	銀行	普通 ・ 当座		
	信用金庫	No.		
	支店			