

# 請求書

請求先) 市長 令和 年 月 日

令和 年 月 実施分 住所

高齢者带状疱疹個別予防接種  
委託料を下記のとおり請求します

電話番号  
名称  
役職・氏名  
登録番号 T

請求金額 円

内訳

	区分	単価 (円)	件数 (件)	合計 (円)	
B 類 予 防 接 種	高齢者 带状疱疹 (一般)	65歳以上	4,860		
		生ワクチン (ビケン) 60歳以上 65歳未満 (障がい1級)	4,860		
		不活化ワクチン (シングリックス)	65歳以上	8,060	
			60歳以上 65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)	65歳以上	8,860		
		生ワクチン (ビケン) 60歳以上 65歳未満 (障がい1級)	8,860		
		不活化ワクチン (シングリックス)	65歳以上	22,060	
			60歳以上 65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、B類で1回分のみ請求可能

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		
	支店	No.	