

高齢者予防接種委託料請求書  
( 帯状疱疹用 )

年 月 日

新 宮 町 長 様

医療機関住所：  
医療機関名：  
電話番号：  
代表者名：

金融機関	銀 行			支店
	信用組合・信用金庫			
	農 協			
口座種別	普通・当座	口座番号		本店
(フリガナ)				
口座名義				

次のとおり予防接種委託料を請求します。

( 年 月分)

予防接種の種類及び単価			予診票の枚数	請求金額
区分	接種ワクチン	単価		
一般	帯状疱疹生ワクチン	円	枚	円
	帯状疱疹組換えワクチン	円	枚	円
減免 対象者	帯状疱疹生ワクチン	円	枚	円
	帯状疱疹組換えワクチン	円	枚	円
不可予診		円	枚	円
請求金額 (計)			枚	円

※上記の請求金額には消費税等を含む。  
※請求は、月締めで翌月10日までに行う。  
※減免対象者とは、生活保護世帯に属する者及び中国残留邦人等支援給付受給者とする。