

高齢者の肺炎球菌感染症予防接種料金請求書

年 月 日

都 留 市 長 様

【 年 月分】

請求金額									円
------	--	--	--	--	--	--	--	--	---

請求金額の内訳	対象者	単価(公費負担分)	接種者数	金額
	65歳の者	6,000円	名	円
	60歳以上65歳未満の身障者等(※1)	6,000円	名	円
	65歳以上の生活保護者等(※2)(証明書添付)	円	名	円
		円	名	円
	合計		名	円

※1 60歳以上65歳未満の者であって心臓・腎臓若しくは呼吸器の機能の障害またはヒト免疫不全ウイルスによる免疫の機能の障害を有する者として厚生労働省で定める者

※2 生活保護者及び中国残留邦人被支援者の単価については、貴院における高齢者の肺炎球菌感染症一般接種料金の単価とします。ただし、11,720円を上限とします。

予防接種料金として、上記の金額を請求いたします。

債権者	名称 代表者名	印
	所在地	

【振込口座】 債権者口座登録をしてある場合は記入不要です。

金融機関名	本・支店名	預金種別	口座番号
銀行 信用金庫 信用組合	本店 支店 出張所	普通・当座	
口座名義人	フリガナ		
	氏名		