

都留市带状疱疹定期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	ワクチンの種類	単価(公費負担分)	接種者数	金 額
	65歳の者 (経過措置※1を含む)	生ワクチン	4,000円	名	円
		不活化ワクチン	10,000円	名	円
	60歳以上65歳未満の身障 者等(※2)	生ワクチン	4,000円	名	円
		不活化ワクチン	10,000円	名	円
	65歳以上の生活保護者等 (※2)(証明書添付)	生ワクチン	円	名	円
		不活化ワクチン	円	名	円
		円	名	円	
合 計			名	円	

※1 65歳を超える者については、令和11年度までの5年間の経過措置として70・75・80・85・90・95歳及び100歳となる者とする。

※2 60歳以上65歳未満の者であってヒト免疫不全ウイルスによる免疫機能の障害を有する者として厚生労働省で定めるもの。

※3 生活保護受給者及び中国残留邦人被支援者における公費負担分の単価については、貴院での当該ワクチンの一般接種料金の単価とし、生ワクチン8,860円、不活化ワクチン22,060円を上限とする。

予防接種料金として、上記の金額を請求いたします。

医療機関名	名称 代表者名	印
	所在地	

[振込先口座] 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		