

带状疱疹予防接種請求書（医療機関請求用）

令和 年 月 日（ 月分 ）

（あて先） 千

多気町長 様 所在地
 明和町長 様 名称
 大台町長 様 医療機関 代表者
 電話番号

印

予防接種法により、带状疱疹予防接種を下記のとおり実施しましたので、請求いたします。

ワクチンの種類	項目		委託料	件数	金額
生ワクチン	自己負担あり		5,750 円	65歳以上 件	円
				60～64歳 (確認証が必要な人) 件	
	自己負担なし (生活保護受給者)		8,750 円	65歳以上 件	円
				60～64歳 (確認証が必要な人) 件	
不活化 ワクチン	自己負担あり	1回目	13,950 円	65歳以上 件	円
				60～64歳 (確認証が必要な人) 件	
		2回目		65歳以上 件	円
				60～64歳 (確認証が必要な人) 件	
	自己負担なし (生活保護 受給者)	1回目	21,950 円	65歳以上 件	円
				60～64歳 (確認証が必要な人) 件	
		2回目		65歳以上 件	円
				60～64歳 (確認証が必要な人) 件	
合 計			件	円	

振込先について、該当する ☐ にチェックをお願いします。

- ☐ 今年度初めて請求（振込先を必ずご記入ください）
☐ 振込先に変更あり（振込先を必ずご記入ください）
☐ 振込先に変更なし（ご記入の必要はありません）

振込先 銀行・JA・信用金庫 本店・支店・出張所

講座種別 普通 ・ 当座 口座番号

フリガナ

口座名義

※1 合計金額の訂正がある場合は訂正印を使用することができません。
 お手数ですがお書き直してください。

※2 請求は、翌月10日（土・日・祝の場合は翌開庁日）必着をお願いします。
 期日以降に請求書が到着した場合はお支払いが遅れることがありますので、ご了承ください。
 令和8年度分の最終締め切りは、令和9年4月6日（火）必着
 （ただし請求書の日付は3月31日とする）をお願いします。