山陽小野田市定期予防接種(B類疾病)委託料請求書

請求金額 一金 円也

令和 年 月分定期予防接種(B類疾病)委託料として、別紙予診票を添えて請求します。

内 訳 ※60歳以上65歳未満の方の予診票には、医師の診断書又は身体障害者手帳の写しの添付が必要です。

項目(予防接種の種類)	対象	単価(円)	件数(件)	金額(円)	
成人用肺炎球菌	満65歳	6,694			
	※60歳以上65歳未満	6,694			
	生活保護受給者	満65歳	9,574		
		※60歳以上65歳未満	9,574		
高齢者インフルエンザ	満65歳以上	3,460			
	※60歳以上65歳未満	3,460			
	生活保護受給者	満65歳以上	4,950		
		※60歳以上65歳未満	4,950		
新型コロナウイルス感染症	満65歳以上	10,920			
	※60歳以上65歳未満	10,920			
	生活保護受給者	満65歳以上	15,600		
		※60歳以上65歳未満	15,600		
带状疱疹(組換えワクチン)	今年度65歳以上になる対象年齢の方	15,440			
	※60歳以上65歳未満	15,440			
	生活保護受給者	65歳以上	22,060		
		※60歳以上65歳未満	22,060		
带状疱疹(生ワクチン)	今年度65歳以上になる対象年齢の方	6,200			
	※60歳以上65歳未満	6,200			
	生活保護受給者	65歳以上	8,860		
		※60歳以上65歳未満	8,860		
予診のみ	65歳以上	1,397			
	※60歳以上65歳未満	1,397			

令和 年 月 日

山陽小野田市長 宛

〒

医療機関所在地

医療機関名

代表者名

※役職名を含む

銀行	支店
信用金庫	口座番号(普・当)
組合	支所
口座名義(フリガナ)	