



横須賀市提出用

①グレーの部分のみ
記入してください

押印

請求年月を記入してください

感染症予防接種委託料請求書 (令和 6 年 4 月分)

請求年月日を記入してください

令和 6 年 5 月 1 日

(あて先)

所在地・医療機関名・役職名・
氏名等を記入してください

ここに記載する月日は
上記請求月の翌月以降
の日付としてください

本件責任者 横須賀 太郎
電 話 番 号 046-000-0000
本件担当者 横須賀 学
電 話 番 号 046-000-0000

所 在 地 横須賀市西逸見町1-38-11
(方 書) ウェルシティ市民プラザ3階
法 人 名 医療法人●●会
医療機関名 ■■クリニック
法人役職名 理事長
氏 名 横須賀 太郎



種 別	人 数	単 価	金 額	決	
				人 数	押印
一部負担金免除者 (自己負担なし)	5 人	15,300	76,500 円	人	円
一部負担金対象者 (自己負担あり)	5 人	12,300	61,500 円	人	円
問診のみの者	5 人	3,168	15,840 円	人	円
合 計	15 人		153,840 円	人	円

(注意) 1
2
3

実施人数と金額を
記入してください

②記入が終わったら
2ヶ所押印してください

- 4 横須賀市医師会に加入されていない個別契約医療機関については、契約書に押印した印を使用してください。
- 5 医療機関控えが必要な場合は、医療機関にて提出版請求書をコピーしてください。

※以下、市処理欄

接種を受けた者の内、 60歳から64歳の者の数	人
----------------------------	---