

高齢者（65歳以上の方など）の新型コロナウイルス
感染症予防接種委託料請求書（令和 年 月分）

令和 年 月 日

(あて先)

横 須 賀 市 長

	医療機関	所 在 地 (方 書)	
本件責任者		法 人 名	
電話番号		医療機関名	
本件担当者		法人役職名	
電話番号		氏 名	印

使用 ワクチン	種別	人 数	単 価	金 額	決 定		
					人 数	金 額	
ファイザー 社、 第一三共社、 武田社	一部負担金免除者 (自己負担なし)		人	16, 951	円	人	円
	一部負担金対象者 (自己負担あり)		人	11, 951	円	人	円
モデルナ社	一部負担金免除者 (自己負担なし)		人	14, 410	円	人	円
	一部負担金対象者 (自己負担あり)		人	9, 410	円	人	円
Meiji Seika ファルマ社	一部負担金免除者 (自己負担なし)		人	15, 620	円	人	円
	一部負担金対象者 (自己負担あり)		人	10, 620	円	人	円
	問診のみの者		人	3, 201	円	人	円
合 計		0 人		円	人	円	

- (注意) 1 の欄は記入しないでください。
- 2 被接種者から受け取った予診票（及び被保護証明書等）を添付してください。
- 3 請求書に使用する印鑑は、代表者印（理事長印・管理者印・院長印）を使用してください。病院印は使わないでください。また、朱肉を使う印鑑を使用してください。
- 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、医療機関にて本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