

高齢者帯状疱疹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

種別	人数	単価	金額	決定	
				人数	金額
【生ワクチン】 一部負担金免除者 (自己負担なし)	人	9,086	円	人	円
【生ワクチン】 一部負担金対象者 (自己負担あり)	人	6,086	円	人	円
【不活化ワクチン】 一部負担金免除者 (自己負担なし)	人	23,606	円	人	円
【不活化ワクチン】 一部負担金対象者 (自己負担あり)	人	16,606	円	人	円
問診のみの者	人	3,201	円	人	円
合計	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。
- 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、請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
----------------------------	---