令和8年度（令和8年10月～令和9年2月接種分）

高齢者新型コロナ　定期接種請求書（医療機関請求用）

令和　　年　　月　　日（　　月接種分）

（あて先）松阪市長　様

〒

医療機関（請求者）　所在地

名称

役職名（必須）・代表者名

電話番号

インボイス制度登録番号☒

予防接種法による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。

種類	自己負担	区分	製造販売元（略称）	販売名（略称）	委託料×	件数＝	金額
新型コロナワクチン	あり	65～	ファイザー	コミナティ	10,900		
			モデルナ	エムネクスパイク			
			第一三共	ダイチロナ			
			Meiji Seika ファルマ	コスタイベ			
			タケダ	ヌバキソビット			
			その他				
		60～64 確認証が必要	ファイザー	コミナティ	10,900		
			モデルナ	エムネクスパイク			
			第一三共	ダイチロナ			
			Meiji Seika ファルマ	コスタイベ			
			タケダ	ヌバキソビット			
			その他				
	なし 生活保護受給者	65～	ファイザー	コミナティ	15,900		
			モデルナ	エムネクスパイク			
			第一三共	ダイチロナ			
			Meiji Seika ファルマ	コスタイベ			
			タケダ	ヌバキソビット			
			その他				
		60～64 確認証が必要	ファイザー	コミナティ	15,900		
			モデルナ	エムネクスパイク			
			第一三共	ダイチロナ			
			Meiji Seika ファルマ	コスタイベ			
			タケダ	ヌバキソビット			
			その他				

合計	円	内　消費税10% （合計÷11）	円

次の場合は□に✓を入れ、口座を記入してください。　□　今年度予防接種を初めて請求　　□　前回請求時から変更あり

金融機関名　　支店名　　口座種別

振　込　先

口 座 番 号

フ リ ガ ナ

口 座 名 義

市検収

※各月の締め切りは10日（土・日・祝日と重なる場合は翌開庁日）16時30分必着です。

※請求印は省略可です。押印時は同じ印と二重線、省略時は二重線のみで訂正してください。合計は訂正不可のため、書き直してください。