

带状疱疹ワクチン定期接種請求書(医療機関請求用)

令和 年 月 日 (月分)
(あて先)松阪市長 様
〒

所在地
医療機関(請求者) 名称
役職名・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。

項目		委託料	×	件数	=	金額
生ワクチン	1回目	自己負担あり	5,750 円	65歳～	件	円
				60～64歳	件	
		自己負担なし (生活保護受給者)	8,750 円	65歳～	件	円
				60～64歳	件	
組換えワクチン	1回目	自己負担あり	13,950 円	65歳～	件	円
				60～64歳	件	
		自己負担なし (生活保護受給者)	21,950 円	65歳～	件	円
				60～64歳	件	
	2回目	自己負担あり	13,950 円	65歳～	件	円
				60～64歳	件	
		自己負担なし (生活保護受給者)	21,950 円	65歳～	件	円
				60～64歳	件	

※60～64歳の予診票には確認証が必要

合 計

円

(合計 ÷ 11)

内 消費税(10%)

円

以下の場合は□に✓を入れてください。
☐ 今年度予防接種を初めて請求(記入してください) ☐ 変更あり(記入してください)

振 込 先

銀行・JA・信用金庫

本店・支店・出張所

普通・当座

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)17時15分必着とします。
※訂正がある場合、請求者印を押印したときは請求者印で訂正してください。請求者印を省略したときは二重線で訂正してください。ただし、合計金額の訂正はできません。