

令和7年度(令和7年10月～令和8年2月接種分)

高齢者新型コロナワクチン接種請求書(医療機関請求用)

令和 年 月 日 (月分)

(あて先)松阪市長 様

三

所在地

名	称
1	1
2	2
3	3
4	4
5	5
6	6
7	7
8	8
9	9
10	10
11	11
12	12
13	13
14	14
15	15
16	16
17	17
18	18
19	19
20	20
21	21
22	22
23	23
24	24
25	25
26	26
27	27
28	28
29	29
30	30
31	31
32	32
33	33
34	34
35	35
36	36
37	37
38	38
39	39
40	40
41	41
42	42
43	43
44	44
45	45
46	46
47	47
48	48
49	49
50	50
51	51
52	52
53	53
54	54
55	55
56	56
57	57
58	58
59	59
60	60
61	61
62	62
63	63
64	64
65	65
66	66
67	67
68	68
69	69
70	70
71	71
72	72
73	73
74	74
75	75
76	76
77	77
78	78
79	79
80	80
81	81
82	82
83	83
84	84
85	85
86	86
87	87
88	88
89	89
90	90
91	91
92	92
93	93
94	94
95	95
96	96
97	97
98	98
99	99
100	100

医療機関（請求者）

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
自己負担あり	10,600 円	ア 65歳～	件		円
		イ 60～64歳 (確認証が必要)	件		
自己負担なし (生活保護受給者)	15,600 円	ア 65歳～	件		円
		イ 60～64歳 (確認証が必要)	件		

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。