

【B類予防接種】

令和 年 月 日

上野原市長 あて

所在地

医療機関名

下の口座名義と代表者名を同一としてください。

代表者名

令和8年度個別予防接種の接種料金の請求について

令和 年 月実施分につき次のとおり請求します。

請求金額 円

【内 訳】

種目		市の助成額	接種者数	小計	
高齢者 肺炎球菌	65歳	6,000円	人	円	
	60歳～65歳未満	6,000円	人	円	
	生活保護世帯	(実額) 円	人	円	
高齢者 帯状疱疹	シ ン グ リ ッ ク ス	65歳	10,000円	人	円
		60歳～65歳未満	10,000円	人	円
		生活保護世帯	(実額) 円	人	円
	ビ ケ ン	65歳	4,000円	人	円
		60歳～65歳未満	4,000円	人	円
		生活保護世帯	(実額) 円	人	円
高齢者 インフル エンザ	75歳以上	円	人	円	
	65歳以上	2,500円	人	円	
	60歳～65歳未満	2,500円	人	円	
	生 活 世 帯 保 護	高用量ワクチン	(実額) 円	人	円
		標準量ワクチン	(上限4,100円) 円	人	円
新 型 コ ロ ナ	65歳以上	7,800円	人	円	
	60歳～65歳未満	7,800円	人	円	
	生活保護世帯	(実額) 円	人	円	
合計		円	人	円	

【振込先口座情報】

金融機関名及び支店名	銀行・金庫 組合・農協	本店・支店 支所・出張所
口座種別	普通 ・ 当座	右上の代表者名と口座名義を同一としてください。
口座名義	(カタカナ)	
口座番号		

検収: 令和	職	氏名	印
伝票番号			