

【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

代表者名 印

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	シングリックス	65歳以上	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歳以上	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(高用量ワクチン)			
		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		
	標準量ワクチン		(上限) 4,100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
☐ 座種別	普通 ・ 当座	
☐ 座名義	(カタカナ)	
☐ 座番号		

検収:令和 年 月 日	職 ・ 氏名
--	--------