

【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7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	4,000円		人		円	
	60歳～65歳未満	4,000円		人		円	
	生活保護世帯	(実額: 上限8,200円) 8,000 円		人		円	
	計			人		円	
高齢者带状疱疹		シングリックス	ビケン	シングリックス	ビケン	シングリックス	ビケン
	65歳以上	10,000円	4,000円	人	人	円	円
	60歳～65歳未満	10,000円	4,000円	人	人	円	円
	生活保護世帯 (実額: 上限なし)	円	円	人	人	円	円
	計			人		円	
高齢者インフルエンザ	65歳以上	2,500円		人		円	
	60歳～65歳未満	2,500円		人		円	
	生活保護世帯	(実額: 上限4,100円) 円		人		円	
	計			人		円	
高齢者新型コロナ	65歳以上	円		人		円	
	60歳～65歳未満	円		人		円	
	生活保護世帯	(実額: 上限なし) 円		人		円	
	計			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	印
伝票番号		