

高齢者带状疱疹予防接種委託料請求書

請求日 令和 年 月 日

所在地

医療機関

氏名

印

南アルプス市長 様

令和 年 月 分の予防接種に要した金額を次のとおり請求します。

費用の内訳	請求単価	人数	合計金額
生ワクチン ピケン	4,500		
組換えワクチン シングリックス	11,000		
接種費用の全額 ※生活保護世帯の方のみ			
請求金額			

添付書類	予防接種 接種券・予診票
注意事項	※ 請求人数分を接種日、接種医師順に揃えて必ず添付してください。
	※ 接種券の有効期間に注意してください。期間外の接種者等につきましては公費でお支払いいたしかねます。

【振込先】

※口座名義は銀行に届けている正式名称をカタカナのみでご記入ください。

金融機関名		支店名	
口座番号	普通・当座	No.	
口座名義 (※カタカナのみ)			

市記入欄

上記について、相違ないことを確認しました。

令和 年 月 日 職員氏名

印