

令和8年度 光市広域予防接種業務(B類疾病带状疱疹)委託料請求書

令和 年 月 日

光市長 様

医療機関所在地

医療機関名

代表者名

(担当者名:)

直通電話:

(法人の場合:法人名、代表者名)

金 円

令和8年度 月分を上記のとおり請求します。
(請求内訳)

区 分		委託料単価 (円)	①ふしめ年齢 該当者 (人)	②60~64歳 の 障害を有する 者 (人)	合 計(人)	金 額(円)
一般	生ワクチン	6,200	人	人	人	円
	組換えワクチン	15,440	人	人	人	円
生活保護受給者	生ワクチン	8,860	人	人	人	円
	組換えワクチン	22,060	人	人	人	円
予診のみ		1,397	人	人	人	円
合 計					人	円

・②については、該当要件を満たす者のみ対象

なお、支払にあたっては下記口座に振込をお願いします。

	銀 行 金 庫 組 合	支店・支所
普通 ・ 当座		口座名義人(カタカナ)
口座番号		

*口座名義人は、金融機関に登録してある名称をカタカナでご記入ください。