

B類

大仙市

秋田県広域予防接種
実施報告書 兼 請求書

令和 年 月 日

(宛先) 大仙市長 様

医療機関名 :

所在地 :

氏名 :

登録番号 :

印

定期予防接種にかかる 令和 年 月分 の委託料として、次のとおり請求します。

請求金額 円

【内訳】

(令和7年9月16日現在)

種類(B類)	区分	件数(人) (A)	単価 (B)	金額 (A)×(B)
インフルエンザ (高齢者)	実費徴収免除者			
	65-74歳		1,000 円	
	75歳以上		1,500 円	
高齢者用肺炎球菌	実費徴収免除者			
	一般		3,000 円	
新型コロナウイルス感染症	実費徴収免除者			
	一般		10,300 円	
带状疱疹	組換え	実費徴収免除者		
		一般		10,000 円
	生ワク	実費徴収免除者		
		一般		5,000 円
予診料	無し			
合計				
10%対象			消費税額等	
摘要	インフルエンザ・新型コロナウイルス感染症の実施期間は10月～3月			
注意事項	【インフルエンザ(高齢者)・新型コロナウイルス感染症・带状疱疹】生保受給者・中国残留邦人の方は無料。 【高齢者用肺炎球菌】生保受給者・中国残留邦人の方は無料 押印なしの場合は「発行責任者及び担当者」の氏名及び連絡先を明記する。事務担当者から在籍確認の電話をする場合があります。			
備考	※適格請求書として発行する場合は、適格請求書として必要な事項を記入してください。			

【振込先】

金融機関名		本・支店名	
預金種別		口座番号	
フリガナ 口座名義			

◎ 添付書類 : 予診票

◎ 特記 : 請求者の押印要否 及び 風しん第5期の請求方法は、各市町村担当課所に確認してください(上の注意事項に記載がある場合を除く)。

市町村担当課所: 健康福祉部健康増進センター

電話: 0187-62-9301

検査確認済 年 月 日
検査員氏名 印