

B類

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8年7月1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		4,000 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	インフルエンザの実施期間は原則10月～3月(流行状況によって変更する場合あり)、新型コロナウイルスは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