

B類疾病予防接種委託料請求書

令和 年 月 日

美祢市長 様

(請求者) 医療機関所在地
医療機関名
氏名

令和 年 月分を上記のとおり請求します。

請求金額 _____ 円

※合計金額(個人負担金を含む)を記入する

(請求内訳)

種	目	件数	単価(円)	請求金額(円)
季節性 インフルエンザ 予防接種 (10月～2月)	個人負担金あり		4,950 (個人負担金含む)	
	生活保護世帯者		4,950	
	予診のみ		1,375	
新型コロナウイ ルス感染症 予防接種 (10月～2月)	個人負担金あり		15,300 (個人負担金含む)	
	生活保護世帯者		15,300	
	予診のみ		1,375	
肺炎球菌 (PPSV23)	個人負担金あり		9,509 (個人負担金含む)	
	生活保護世帯者		9,509	
	予診のみ		1,375	
合 計			/	

※令和6年10月から適用

なお、支払いにあたっては、下記の口座に振り込みをお願いします。

銀行	支店
信用組合・組合	支所
1 普通	2 当座
口座名義人(カタカナ)	
口座番号	

※実際の振り込みの金額は個人負担金を控除した金額です。

振込金額＝合計金額－「個人負担金あり」の件数×個人負担金額 (1,490円、2,100円、2,850円)