

予防接種委託料請求書
(平川市高齢者等带状疱疹予防接種費助成事業分)

年 月 日

平 川 市 長 様

所在地
医療機関名
代表者氏名

印

年 月実施分の高齢者等带状疱疹予防接種費助成事業に係る
代理受領分として、下記のとおり請求します。

金 円

1 定期接種内訳

対象者		人数(a)	自己負担額	市助成額(b)	金額(a×b)
定期接種対象者	乾燥弱毒性（生）		4,860		
	乾燥組換え（不活化）		11,060		
	予診のみ				
無料接種対象者	乾燥弱毒性（生）				
	乾燥組換え（不活化）				
	予診のみ				
合 計					

2 任意接種内訳

対象者		人数(a)	自己負担額	市助成額(b)	金額(a×b)
定期接種対象者以外 (65歳以上)	乾燥弱毒性（生）		4,860		
	乾燥組換え（不活化）		11,060		
	予診のみ				
無料接種対象者	乾燥弱毒性（生）				
	乾燥組換え（不活化）				
	予診のみ				
合 計					

3 振込先

金融機関名		銀 行 信用金庫 農 協		本店 支店
口座種類	普通 ・ 当座	口座番号		
フリガナ				
口座名義				