

令和7年度 带状疱疹予防接種請求書(広域)

善通寺市長 様

A4サイズで記載

令和 年 月 日

債権者 住 所
区 市 町 村 名

請求日を記入してください。
(注)接種月の末日までに請求書を作成した場合、請求日は翌月にしてください。
(例)接種月が1月の場合
請求日:2月1日以降でおねがいします。

下記のとおり請求します。

請求金額 0 円也

(ただし、令和 年 月分 带状疱疹予防接種委託料)

区 分		単価	件数	金額
組 換 え ワクチン	生活保護法による生活保護を受けている者・市民税非課税世帯	22,060 円	件	0 円
	自己負担(6,600円)ありの者	15,460 円	件	0 円
生ワクチン	生活保護法による生活保護を受けている者・市民税非課税世帯	8,860 円	件	0 円
	自己負担(2,600円)ありの者	6,260 円	件	0 円
合 計			0 件	0 円

人数の合計を記入

金額の合計を記入

責任者氏名
担当者氏名
連絡先

※請求者の押印(個人印又は法人代表者印)がある場合は、責任者及び担当者の氏名並びに連絡先の記載は不要です。