

令和 年 月 日

富士川町長 殿

指定医療機関所在地

指定医療機関名

代表者氏名

印

富士川町定期予防接種費用請求書 (带状疱疹ワクチン予防接種)

次のとおり被接種者の接種券・予診票を添えて、带状疱疹ワクチン予防接種費用を請求します。

令和 年 月分 請求金額 金 円

| 予防接種名称 | 接種者区分 | 公費負担額 (1件あたり/ 円) | 接種者(人) | 算定額(円) |
|------------------------------|----------------------|------------------------|--------|--------|
| ① 乾燥弱毒生 水痘ワクチン (生ワクチン) | 自己負担金徴収者 (生ワクチン) | 4,400円 | | |
| | 自己負担金徴収者 (組換ワクチン) | 11,000円 | | |
| ② シングリッ クス(組換ワク チン) | 自己負担金免除者 (生ワクチン) | | | |
| | 自己負担金免除者 (組換ワクチン) | | | |
| 合計 | | | | |

※自己負担金免除者の公費負担額欄は、貴医療機関の予防接種費用の全額をご記入ください。

※带状疱疹ワクチン予防接種 接種券・予診票を添付してください。

【振込口座】

| | | | |
|-------|----------------|------|-----------------|
| 金融機関 | 銀行 金庫 組合 農協 | | 本店・支店 支所・出張所 |
| 預金種別 | 普通・当座 | 口座番号 | |
| フリガナ | | | |
| 口座名義人 | | | |

※フリガナは口座名義人のとおり、正確に記載してください。

<町記入欄>

| | |
|--------|---|
| 検 収 | 上記について検収したところ相違ないことを確認しました。 令和 年 月 日 職氏名 印 |
|--------|---|