

令和 年 月 日

滝沢市長 武田 哲 様

(実施医療機関)

所在地

名称

代表者名

印

電話番号

(振込先情報)

金融機関名

銀行・信金・農協

本店・支店・出張所

口座番号(普通・当座)

フリガナ

口座名義人

インフルエンザ予防接種委託料実施報告書兼請求書

下記、委託料を請求します。

請求金額	円 (令和 年 月分)
------	-------------

区分	接種対象	接種回数	接種者数	単価(円)	小計(円) (C)
			(A)	(B)	(C) = (A) × (B)
高齢者	低所得者以外 (契約書第8条第1号)	60歳以上65歳未満 (身体障害者手帳1級)	1回目	2,200	
		65歳以上	1回目	2,200	
	低所得者 ※3 (契約書第8条第2号)	60歳以上65歳未満 (身体障害者手帳1級)	1回目		
		65歳以上	1回目		
小児等 (契約書第8条第3号)	生後6月～中学3年生	1回目	2,000		
		2回目	2,000		
合 計					

※1 実施月ごとにまとめ、接種券(予診票)を添付のうえ、滝沢市へ提出願います。

※2 請求の遅延や、請求漏れがあった場合は、滝沢市に協議してください。(任意様式可)

※3 区分が「高齢者・低所得者」の単価は、医療機関の設定額です。ただし請求の上限額は、5,130円とします。