

高齢者等予防接種料金請求書

金額	円
----	---

種 別	接種料金 (1人/回)	人 数	金 額
带状疱疹 65歳 70歳、75歳 80歳、85歳 90歳、95歳 100歳	4,400円 (生ワクチン)	人	円
	11,000円 (組換えワクチン)	人	円
带状疱疹 60歳以上65歳未満 特例者	4,400円 (生ワクチン)	人	円
	11,000円 (組換えワクチン)	人	円
带状疱疹 生活保護受給者	円	人	円

<添付書類> 予防接種予診票、予防接種自己負担免除対象者確認書

_____年 月 接種分 予防接種代金（消費税込み）として、上記のとおり請求します。

_____年 月 日

市川三郷町長 殿

医療機関番号

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

医療機関所在地

医療機関名

氏 名

Ⓜ

電 話 番 号

金融機関名	. 店
預金種別	当 座 . 普 通
口座番号	
フリガナ 口座名義人	

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。 _____年 月 日 _____職氏名
----	---

Ⓜ