

日付は必ず記入してください。

令和 ●年 ●月 ●日

所在地・名称及び代表者名は必ず記入し、
印鑑ははっきり押印してください。

関の所在地
び代表者名

香川県観音寺市坂本町●●三観
医療法人三観会 三観病院 印
理事長三観太郎

令和8年度 成人・高齢者予防接種委託料請求書

請求金額

97,920 円也

(令和 ●年 ●月分)

種類		単価 (円)	被接種者数 (人)	金額 (円)	
高齢者 肺炎球菌	自己負担金徴収者	8,220	1	8,220	
	非課税世帯	10,620			
	生活保護世帯	11,720			
	合計		1人	8,220 円	
高齢者 带状疱疹 (定期接 種)	生	自己負担金徴収者	被接種者数、金額の訂正は認められません。	5,600	
		非課税世帯			
		生活保護世帯	8,300		
	不活化	自己負担金徴収者	15,500	1	15,500
		非課税世帯	18,200	2	36,400
	生活保護世帯	22,200	1	22,200	
	合計		5人	79,700 円	
風しん 第5期	麻しん風しん混合ワクチン	10,000	1	10,000	
	風しん単独ワクチン	6,500			
	合計		1人	10,000 円	
高齢者 インフル エンザ	自己負担金徴収者				
	自己負担金免除者				
	合計				
高齢者 新型コロナ ウイルス	自己負担金徴収者				
	非課税世帯				
	生活保護世帯				
	合計		人	円	
合計金額				97,920 円	

4月～9月分の請求書では、実施期間外のため、
斜線を引いています。

添付書類

- (1) 予診票
- (2) 自己負担金免除がある場合は、その証明書類
- (3) その他市長が必要と認める書類

振込先金融機関	銀行コード	0123	三観	銀行 信用金庫	支店コード	123	三観	本店 支店
	預金種別	普通	当座	預金口座番号	1234567			
フリガナ	イ) サンカ							
預金口座名義	医療法人 三観会 三観病院 理事長 三観太郎							

振込先欄は正確に記入してください。
銀行コードなど記入漏れがないようにしてください。