

令和 年 月 日

(宛先)東大阪市長

令和 7 年度

所 在 地
医療機関名
代表者職氏名
電 話 番 号

成人用肺炎球菌(生活保護受給者等)予防接種請求書

委託料を次のとおり請求いたします。

実施月		令和	年	月 分
接種時に65歳の 定期接種対象者	接種	9,179 円	人	円
	予診のみ	3,531 円	人	円
接種時に 60歳以上64歳以下	接種	9,179 円	人	円
	予診のみ	3,531 円	人	円
請求金額				円

*1 60歳以上65歳未満の者であって、身体障害者手帳1級(心臓・じん臓・呼吸器、ヒト免疫不全ウイルスによる免疫機能の障害)を有する者、またはこれに準ずる者

振 込 み 先 口 座	銀行 信用金庫 農協 信用組合				本店 支店 支所				
	金融機関コード				支店コード				
	預金種別				口座番号				
	口座名義	(フリガナ)							
		(漢字)							

《添付書類》

- ☐ 予防接種予診票(1枚目・保健所提出用)
- ☐ 被保護証明書

《注意事項》

- 生活保護受給者等以外用請求書は別様式をご使用ください。
- 本請求書における訂正処理(訂正印等)は認められません。記入した請求書に訂正が生じた場合は、新しい請求書に記入してください。
- 医療機関名及び所在地、代表者職氏名は、「定期予防接種実施申込書」に記入したものと合わせてください。
- 請求者と振込み先口座名義人が異なる場合、別途委任状の提出が必要です。