

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

高齢者带状疱疹(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	
生 ワ ク ケ ン	年度内に65歳以上の 定期接種対象者	接種	8,860 円	人	円
		予診のみ	3,531 円	人	円
	60歳以上64歳以下 (*1参照)	接種	8,860 円	人	円
		予診のみ	3,531 円	人	円
組 換 え グ ワ ク ケ ン	年度内に65歳以上の 定期接種対象者	接種	22,060 円	人	円
		予診のみ	3,531 円	人	円
	60歳以上64歳以下 (*1参照)	接種	22,060 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、ヒト免疫不全ウイルスにより免疫の機能の障害があり日常生活がほとんど不可能な方。

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。