

予防接種料金請求書（B類疾病）

金 額	¥
------------	----------

公費負担額 高齢者インフルエンザ 2,000円（1人/回）
 高齢者肺炎球菌 5,000円（1人/回）

ただし、生活保護及び特定中国残留邦人等支援給付受給者は予防接種費免除券持参者に限り全額公費負担

種別	接種料金 1人/回	人数	金額
高齢者インフルエンザ	2,000円	人	円
高齢者インフルエンザ ※生活保護等受給者	円	人	円
高齢者肺炎球菌	5,000円	人	円
高齢者肺炎球菌 ※生活保護等受給者	円	人	円

 月分

として上記のとおり請求します。

支払金額は、次の預貯金口座に振り込んで下さい。

令和 年 月 日

医療機関所在地
 医 療 機 関 名
 氏 名
 電 話 番 号

⑩

中央市長 殿

振込先	支店	当座 普通 口座 No	フリガナ □ 座 名義人	
-----	----	-------------------	--------------------	--

〈 添付書類 〉

予防接種予診票、予防接種費免除券

検 収	上記について検査したところ相違ないことを確認しました。 令和 年 月 日 <div style="text-align: right; margin-top: 5px;">氏名</div>	⑩
-----	---	---