

請 求 書

一金

円也

これは令和 年 月分の带状疱疹予防接種業務委託料として

内 訳

接種者 乾燥弱毒生水痘ワクチン（生ワクチン）

@ 3, 6 9 0 円 × 人 = 円（自己負担：5, 000 円）

@ 4, 2 9 0 円 × 人 = 円（自己負担：4, 400 円）

@ 5, 1 9 0 円 × 人 = 円（自己負担：3, 500 円）

@ 5, 6 9 0 円 × 人 = 円（自己負担：3, 000 円）

@ 6, 8 9 0 円 × 人 = 円（自己負担：1, 800 円）

@ 8, 6 9 0 円 × 人 = 円（自己負担：0 円）

乾燥組換え带状疱疹ワクチン（不活化ワクチン）

@ 1 0, 8 9 0 円 × 人 = 円（自己負担：11, 000 円）

@ 1 3, 0 9 0 円 × 人 = 円（自己負担：8, 800 円）

@ 1 6, 8 9 0 円 × 人 = 円（自己負担：5, 000 円）

@ 1 7, 4 9 0 円 × 人 = 円（自己負担：4, 400 円）

@ 2 1, 8 9 0 円 × 人 = 円（自己負担：0 円）

合 計 人 = 円

上記のとおり請求します。

令和 年 月 日

所 在 地

医療機関名

職 氏 名

市町村長 様