

徳島県予防接種(高齢者の肺炎球菌感染症)  
広域化委託契約請求書

請求日 平成 年 月 日

長 殿

医療機関所在地

医療機関名

代表者名

印

電話番号

平成 年 月分の徳島県予防接種広域化委託契約にかかる 分の費用  
について、以下のとおり請求します。

金額										円
----	--	--	--	--	--	--	--	--	--	---

(金額は、アラビア数字で頭部に¥をつけ、数字の誤りは訂正しないでください。)

(内訳)

ワクチン区分	延べ接種件数	委託料	請求額	備考
高齢者の肺炎球菌感染症 (自己負担金徴収者)	件	4,090 円	円	自己負担額4,000円
高齢者の肺炎球菌感染症 (自己負担金免除者)	件	8,090 円	円	
接種不可者	件	1,522 円	円	
合計	件		円	請求金額と一致

※委託料は接種単価(予診料・ワクチン代・接種手技料・消費税)から自己負担額を除く額とする。

口座振込先								
金融機関名 ( ) 店舗名 ( )								
預金種別 ( 1 普通 2 当座 3 その他 )								
口座番号 <table border="1"><tr><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr></table> (右づめ)								
口座名義人(カタカナ書き)								
( )								