

令和 年 月 日

帯状疱疹ワクチン予防接種委託料請求書

小川町長 宛て

下記金額を請求します

請求者所在地

医療機関名
電話番号
医師氏名 印

【 月分】

対象者	単価(税込)(円)	件数 (回)	金額 (円)
水痘生ワクチン(1回接種) (一般)	4, 000円		
水痘生ワクチン(1回接種) (生活保護受給者)	9, 830円		
不活化ワクチン (シングリックス、2回接種) (一般)	4, 000円 (1回あたり)		
不活化ワクチン (シングリックス、2回接種) (生活保護受給者)	23, 990円 (1回あたり)		
予診のみ	2, 200円		
合計金額			円

＊ 法人の場合、請求印は社印と代表者印を押印してください。

小川町使用欄

検 査 (確認) 済	年 月 日 印
------------------	----------------