

令和 年 月 日

## 带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】

ワクチン	対象者	単価(税込) (円)	件数(回)	金額(円)
水痘生ワクチン (ピケン) 【1回接種】	一般	4,000円		
	身体障害者 (60~64歳)	4,000円		
	生活保護受給者	9,830円		
不活化ワクチン (シングルックス) 【2回接種】	一般	4,000円 (1回あたり)		
	身体障害者 (60~64歳)	4,000円 (1回あたり)		
	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