

新型コロナウイルスワクチン・インフルエンザ予防接種請求書及び実績報告書  
(令和 年 月分)

下野市長 坂村 哲也 様

所在地  
医療機関名  
電話番号  
代表者職氏名

㊞

下記のとおり請求します。

令和 年 月 日

金 円

実績報告書

| 予防接種名  |                | 区分                  |                                       | 単価 (円) | 件数 | 小計 (円) |
|--------|----------------|---------------------|---------------------------------------|--------|----|--------|
| 定期     | 新型コロナウイルス      | 生活保護受給者以外           | 60歳～64歳<br>(障がい者) ※1                  | 12,100 |    |        |
|        |                |                     | 65歳以上                                 |        |    |        |
|        |                | 生活保護受給者             | 60歳～64歳<br>(障がい者) ※1                  | 15,600 |    |        |
|        |                |                     | 65歳以上                                 |        |    |        |
|        | 高齢者<br>インフルエンザ | 生活保護受給者以外           | 60歳～64歳<br>(障がい者) ※1                  | 3,848  |    |        |
|        |                |                     | 65歳以上                                 |        |    |        |
|        |                | 生活保護受給者             | 60歳～64歳<br>(障がい者) ※1                  | 5,148  |    |        |
|        |                |                     | 65歳以上                                 |        |    |        |
| 任意     | 小児等<br>インフルエンザ | 生後6か月～18歳 (高校3年生相当) | 2,000<br><small>(2,000円未満の場合)</small> |        |    |        |
| 予診のみ※2 |                |                     |                                       | 1,300  |    |        |
| 合計     |                |                     |                                       |        |    |        |

※1: 障がい者とは、心臓、じん臓若しくは呼吸器の機能又はヒト免疫不全ウイルスによる免疫機能に障がい (障がい者手帳1級程度) を有する者。

※2: 他の予防接種と同時接種の時は、1つの予防接種のみの計上となりますので、様式第1号の請求書でご請求ください。

(注) 特例法第5条第1項の規定に基づく指定市町村から下野市への避難者については、別途、当様式を使用し、該当者分を作成してください。

|        |    |     |
|--------|----|-----|
| 振込先    | 銀行 | 支店  |
| 口座番号   | 普通 | No. |
| (フリガナ) |    |     |
| 口座名義   |    |     |