

令和6年度高齢者の肺炎球菌ワクチン接種業務委託料請求書

盛岡市長 様

住 所
 実施医療機関名
 実施医療機関の長

印

令和 年 月分高齢者の肺炎球菌ワクチン接種を次のとおり実施したので請求します。

請求金額(合計金額)	
------------	--

内 訳	接種人数	単 価(円)	金 額(円)
自己負担金あり	人	5,960	
自己負担金なし	人	8,760	
合 計	人		

内 訳

区 分	接種人数	記 載 内 容
自己負担有(令和6年度対象者)	人	自己負担2,800円を徴収した人数の内訳
自己負担有：身体障害者手帳 1級(60～64歳)	人	
自己負担無 (令和6年度対象者)	生 保	自己負担が無料の人数の内訳
	非課税	
自己負担無 身体障害者手帳 1級(60～64歳)	生 保	
	非課税	
合 計	人	

振込先

銀行	支店	普通・当座	口座番号
口座名義人	(フリガナ)		

備 考	単価契約	担当課 069600 指導予防課
-----	------	------------------