

伊 予 市 長 様

医療機関所在地
医 療 機 関 名
代 表 者 名 印

令和 7 年度 高齢者肺炎球菌及び带状疱疹予防接種委託料請求書

請求金額 円

（消費税及び地方消費税を含む。）

令和 7 年度 月分予防接種委託料として、予診票等必要書類を添えて請求します。
内 訳

種類	区 分	単価（円）	件数	金額（円）
肺炎球菌 感染症	一 般	4, 4 8 6		
	自己負担金徴収不要者 （生活保護等）	8, 4 8 6		
带状疱疹 生ワクチン	一 般	4, 3 6 0		
	自己負担金徴収不要者 （生活保護等）	8, 8 6 0		
带状疱疹 組換え ワクチン	一 般	5, 5 6 0		
	一般（愛南町）	1 0, 0 0 0		
	自己負担金徴収不要者 （生活保護等）	2 2, 0 6 0		
予 診 の み		2, 0 3 0		
合 計				

※带状疱疹組換えワクチンについて、愛南町に請求する一般（生活保護等以外）分は、「一般（愛南町）」の欄に記入すること。

口座振替先	銀 行 信用金庫 組 合	本 店 支 店 支 所 出張所	普通 当座
	口座番号	(フリガナ) 口座名義人	

- ※ 初めて請求を行う際には、各市町が定める口座振替申込書兼債権者登録票を添付してください。（様式等詳細については、各市町の担当までお問合せください。）
- ※ フリガナは必ず記入してください。
- ※ 請求代表者と口座名義人が異なる場合は、委任状が必要です。（様式等詳細については、各市町の担当までお問合せください。）