

令和8年度 川越町高齢者带状疱疹ワクチン予防接種報告書兼委託料請求書

請求金額 円

予防接種法に基づく予防接種を実施しましたので、上記の金額を請求します。(但し 月分)

請求明細

区 分	件 数	税込単価(円)	金額(円)
有料対象者 不活化ワクチン 1回目		16,011円	円
2回目		13,635円	
無料対象者 不活化ワクチン 1回目		22,011円	
2回目		19,635円	
有料対象者 生ワクチン		6,366円	円
無料対象者 生ワクチン		8,866円	
予診のみ		3,201円	円
請求金額(税込)			円

※有料対象者の税込み単価(円)は、委託料から自己負担金を差し引いた額となります。
自己負担額 不活化ワクチン6,000円 生ワクチン2,500円

川 越 町 長 様

令和 年 月 日

(医療機関)

住 所

医療機関名

氏 名

Ⓜ

振 込 先 金 融 機 関 名	預金種目	口座番号	口座名義人
銀行 支店 金庫 支店 農協 支所	普通 当座		(ふりがな)

※翌月の10日までに予診票と併せてご提出ください。

