

《記入例》

野々市市長 あて

令和 7 年 11 月 1 日

請求者の住所、氏名（法人の場合は法人名及び代表者職・氏名）を記入し、印鑑の押印をお願いします
（口座名義が医療法人の場合は医療法人の印鑑）

（医療機関名・請求者名）
住 所 野々市市三納3丁目128番地
医療機関名 医療法人社団 野々市医院
（法人名含む）

医師名 石川 太郎
（電話番号 076-248-3511 ）
担当者氏名 石川 花子
（電話番号 076-248-3511 ）

（取引金融機関）
野々市 銀行 野々市 信用金庫
不要部分は消してください
口座番号 普通 当座 0345678
口座名義（カタカナで記入）
イ) ノイイイ イカカ

令和 7 年度 B 類疾 毎回必ず記入してください
※取引金融機関に変更があった場合はその旨お知らせください

10 月実施の B 類疾病予防接種について、予防接種券を添えて報告し、委託料を請求します。

実施月ごとに提出
翌月10日必着

記

予防接種の種類		接種費用 (自己負担)	委託料金	件数	金額
インフルエンザ		あり	3,390 円	2 件	6,780 円
		なし(免除)	<div>請求書ですので以下は再提出となります ・金額の訂正・修正テープの使用・フリクションでの記入 訂正の場合は線を引き、訂正印（請求印と同じ印）をお願いします</div>		
高齢者肺炎球菌		あり			
		なし(免除)	7,520 円	1 件	7,520 円
新型コロナウイルス感染症		あり	10,480 円	3 件	31,440 円
		なし(免除)	<div>市ホームページからエクセル様式をダウンロードできます 色ぬり部分に入力して印刷したものを使用してください</div>		
带状疱疹	生ワクチン	あり			
		なし(免除)	7,830 円	件	円
	組換えワクチン	あり	14,730 円	2 件	29,460 円
		なし(免除)	21,030 円	1 件	21,030 円
合計				15 件	165,560 円

直接記入の場合は合計欄も漏れのないようお願いします