

山梨県
身延町
令和7年度
専用

ご請求に際して

- ▶ 大変お手数ですが、助成金のご請求は、「接種月ごと」に翌月10日までをお願いします。
- ▶ 送付先:〒409-3304 山梨県南巨摩郡身延町切石117-1 身延町役場 福祉保健課 健康増進担当あて
- ▶ 接種日が身延町発行の予診票(接種券)に記載の有効期間内か再度ご確認ください。
- ▶ ご不明な点等ございましたら、お手数ですが担当までご連絡ください。(☎0556-20-4611)

予防接種費助成金請求書

[接種年月: 年 月 接種分]

請求金額: 円

----- 請求内訳 -----

		助成単価		接種件数		小計
高齢者 インフルエンザ (予診票:みずいろ)	接種者	2,500円	×	件分	=	円
	免除接種者	円	×	件分	=	円
高齢者 新型コロナウイルス (予診票:クリーム色)	接種者	円	×	件分	=	円
	免除接種者	円	×	件分	=	円
高齢者 肺炎球菌 (予診票:むらさき色)	接種者	4,000円	×	件分	=	円
	免除接種者	円	×	件分	=	円
高齢者 带状疱疹[生] (予診票:みどり色)	接種者	4,400円	×	件分	=	円
	免除接種者	円	×	件分	=	円
高齢者 带状疱疹[組換1回目] (予診票:みどり色)	接種者	11,000円	×	件分	=	円
	免除接種者	円	×	件分	=	円
高齢者 带状疱疹[組換2回目] (予診票:ちやいろ)	接種者	11,000円	×	件分	=	円
	免除接種者	円	×	件分	=	円
風しん [第5期] (令和9年3月31日まで)	接種者	10,340円	×	件分	=	円
	免除接種者	円	×	件分	=	円
合計:						円

予防接種費助成金として、別紙 被接種者予診票を添付し上記のとおり請求します。

(請求日) 年 月 日

山梨県 身延町長 様

(請求者) 医療機関 所在地
 名称
 代表者名
 電話番号

印

振込先			
金融機関 名称	銀行 農協 信用組合 信用金庫		店
口座種別	1.普通 / 2.当座	口座番号	
口座名義 (カタカナ)			

* 以下は記入しないでください -----

検収 *身延町記入欄	上記について検査したところ相違ないことを確認しました。		
	年 月 日	職氏名	