

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日までにお願いします。
- ▶ 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
- ▶ 接種日が予診票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)

高齢者 予防接種費助成金請求書

[年 月 接種分]

請求金額 円

請求内訳

| | R6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* (予診票:クリーム色) | 接種者 11,800 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 |
| 合計: | | | 円 |

* 新型コロナの助成は、JN.1系統(下位系統含)対応ワクチンのみ対象です。

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

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 |
|---------------|---|