

山梨県
身延町
令和8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)

[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 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 5,900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:ちゃいろ)	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
---------------	---