　　　　　市（区町村）長　様

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

市区町村番号

医療機関等の所在地：

代表者氏名：

電話番号：

コロナワクチン接種費等　市区町村別請求書

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

医療機関等番号（10桁）：

医療機関等名称：

20　　年　　月請求分

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 区分 | 種類 | 請求件数 | 請求金額  （税込み） | 決定件数 | 決定金額  （税込み） |
| 予診のみ | 6歳未満（時間外・休日分除く） |  |  |  |  |
| 6歳未満（時間外） |  |  |  |  |
| 6歳未満（休日） |  |  |  |  |
| 6歳以上（時間外・休日分除く） |  |  |  |  |
| 6歳以上（時間外） |  |  |  |  |
| 6歳以上（休日） |  |  |  |  |
| 小計 |  |  |  |  |
| 接種 | 6歳未満（時間外・休日分除く） |  |  |  |  |
| 6歳未満（時間外） |  |  |  |  |
| 6歳未満（休日） |  |  |  |  |
| 6歳以上（時間外・休日分除く） |  |  |  |  |
| 6歳以上（時間外） |  |  |  |  |
| 6歳以上（休日） |  |  |  |  |
| 小計 |  |  |  |  |
|  | 合計 | ↑太枠内に記載すること |  |  |  |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 予診のみ | 6歳未満（時間外・休日分除く） | 2,200円 |
| 6歳未満（時間外） | 2,930円 |
| 6歳未満（休日） | 4,330円 |
| 6歳以上（時間外・休日分除く） | 1,540円 |
| 6歳以上（時間外） | 2,270円 |
| 6歳以上（休日） | 3,670円 |
| 接種 | 6歳未満（時間外・休日分除く） | 2,730円 |
| 6歳未満（時間外） | 3,460円 |
| 6歳未満（休日） | 4,860円 |
| 6歳以上（時間外・休日分除く） | 2,070円 |
| 6歳以上（時間外） | 2,800円 |
| 6歳以上（休日） | 4,200円 |

|  |  |
| --- | --- |
| 住所地内  接種分 | 対象 |
| ✓ |

《単価（税抜き）》

※医療機関等の所在地と請求先が

　同じ市区町村の場合はチェック