令和8年(2026年)4月

彦根市個別予防接種(B類疾病)請求書

年　　月　　日

彦 根 市 長　様

住　　所

医療機関名

代表者氏名　　印

年　　月分の予防接種委託料を、次のとおり請求いたします。

請求金額 □□,□□□,□□□ ―

※右づめで記入してください。
※￥マークを入れてください。

予防接種の種類		個人負担金	単価	件数	金額
高齢者の 肺炎球菌感染症		あり	7,520 円	件	円
		なし※	11,230 円	件	円
高齢者の 帯状疱疹	生ワクチン (ビケン)	あり	5,410 円	件	円
		なし※	8,110 円	件	円
	組換えワクチン (シングリックス)	あり	14,210 円	件	円
		なし※	21,310 円	件	円
合計				件	円

※個人負担金が「なし」の人は、予診票に「ワクチン接種依頼書」を添付して提出してください。