（別紙様式10の２）（第９の１　関係）

**岩手県広域的予防接種実施報告書兼請求書**

**（Ｂ類疾病）**

　　　　年　　月　　日

市（町・村）長　殿

　　　　　　　　　　　　　　所在地

　　　　　　　　　　　　　　医療機関名

　　　　　　　　　　　　　　代表者職・氏名　　　　　　　　　　　　　　　㊞

　　　　　年　　月に下記のとおり貴市（町・村）民に対し広域的予防接種を実施しましたので、委託料として、次のとおり請求します。

**請求金額　　　　　　　　　円**

１　内訳

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 予防接種の種類 | 負担軽減措置 | 単価 | 人数 | 金額 | 備考 |
| 高齢者の季節性インフルエンザ | 非該当（一般） |  |  |  |  |
| 該当 |  |  |  |  |
| 高齢者の肺炎球菌感染症 | 非該当（一般） |  |  |  |  |
| 該当 |  |  |  |  |
| 高齢者の新型コロナウイルス感染症 | 非該当（一般） |  |  |  |  |
| 該当 |  |  |  |  |
| 高齢者の帯状疱疹 | 不活化ワクチン | 非該当（一般） |  |  |  |  |
| 該当 |  |  |  |  |
| 生ワクチン | 非該当（一般） |  |  |  |  |
| 該当 |  |  |  |  |
| 予診のみ | ― |  |  |  |  |

※　負担軽減措置の「非該当（一般）」「該当」については、「高齢者広域接種受診票」（又は同等の機能を有する書類）を御確認下さい。

※　実施報告及び委託料請求に際しては、予診票及び「高齢者広域接種受診票」（又は同等の機能を有する書類）、市町村指示の書類等（ある場合）を添付してください。

２　振込先

|  |  |
| --- | --- |
| 金融機関名 | 　　　　　　　　　銀行　　　　　　　　本・支店 |
| 口座種別 | 　　普通　　　当座　　　その他（　　　　　　　） |
| 口座番号 |  |
| （フリガナ） |  |
| 口座名義人 |  |