**千葉市高齢者肺炎球菌予防接種**

**実施報告書兼請求書**

令和　　年　　月分　千葉市高齢者肺炎球菌予防接種

**A　　　 　　　　　　　 件**

**B　　　　　　　　　　　　円**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 　　　　　　　積　算　区　分 | 人　数　　（人） | 単　価　　（円） | 　　　　（円） |
| 接種者数 | 自己負担金あり |  | 5,142 |  |
| 自己負担金なし |  | 8,142 |  |
| 不　　適　　者　　数 |  | 2,970 |  |
| 計 | A　　 |  | B　 |

不適者数は、予診のみの数

単価は、消費税を含む額（接種者単価はワクチン代込み）

上記のとおり報告（請求）します。

千 葉 市 長 様

令和　　年　　月　　日　　　　　所在地

　 医療機関名

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　 　 　代表者職氏名 印

※　予診票を添付してください。

※　請求者欄の代表者職氏名と押印は契約書と同一のものでお願いします。