様式第5号（第12条・第14条関係）

帯状疱疹ワクチン定期予防接種費用請求書

　産山村長　市原　正文　様

医療機関所在地　阿蘇郡産山村大字山鹿489－5

医療機関名　　　産山村診療所

代表者　　　　　林田　来介　　印

　　令和　　　年　　　月分について、下記のとおり請求します。

令和　　年　　月　　日

**金　　　　　　　　　　円**

■帯状疱疹ワクチン定期予防接種　　　月分実績報告書

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 接種者の分類 | 自己負担額 | 自己負担額を  差し引いた委託料 | 件数 | 計 |
| 定期予防接種 | 円 | 円 |  | 円 |
| 計 | | |  | 円 |