

インフル

高齢者インフルエンザ定期予防接種 内訳表（令和 年 月分）

請 求 日 令和 年 月 日

住 所：

医 療 機 関 名：

電 話 番 号：

氏 名：

住民登録地	一部負担金なし（無料）			一部負担金あり（1,500円）		
	豊中 市民	相互乗入 市町民 （＊1）	施設 入所者 （相互乗入市 町以外の大阪 府民） （＊2）	豊中 市民	相互乗入 市町民 （＊1）	施設 入所者 （相互乗入市 町以外の大阪 府民） （＊2）
60～64歳	人	人	人	人	人	人
65歳以上	人	人	人	人	人	人
小 計	人	人	人	人	人	人
合 計	① 人			② 人		

（＊1）相互乗入市町：池田市・吹田市・高槻市・茨木市・箕面市・摂津市・島本町・豊能町・能勢町

（＊2）施設入所者：特別養護老人ホーム、介護老人保健施設、養護老人ホーム、軽費老人ホームに入所している相互乗入市町以外の大阪府民

予診のみ	合計 ③	豊中市民	相互乗入市町民	施設入所者
		人	人	人

ロスワクチン	日	副反応疑い報告書作成	件
--------	---	------------	---

請求外他市区町村民 （＊2）以外で豊中市長あての依頼書が添付されている人数	件
--	---

豊中市長様

高齢者インフルエンザ定期予防接種 委託料請求書

定期予防接種に係る費用として、別紙 内訳表・予診票を添えて請求します。

(令和 年 月接種分)

令和 年 月 日

住 所 :

医療機関名 :

電話番号 :

氏 名 :

	自己負担金	対象者	実施人員	単 価	金 額
一部負担金なし	0円	・豊中市民 ・相互乗入市町民(※1)	① 人	@ 5,313	円
一部負担金あり	1,500円	・大阪府民の 施設入所者(※2)	② 人	@ 3,813	円
予診のみ			③ 人	@ 3,223	円
口 ス ワ ク チ ン			日 (1日0.5mlあたり)	@ 1,650	円
副反応疑い 報告書作成料			件	@ 550	円
合 計 金 額					円

内訳表・予診票を添付してください。

<豊中市民以外の取扱いについて>

(※1) 相互乗入市町民 : 「池田市」「吹田市」「高槻市」「茨木市」「箕面市」「摂津市」「島本町」「豊能町」「能勢町」

請求は豊中市民と同様です。(市外接種依頼書は不要です。)

(※2) 大阪府民の施設入所者 : 「特別養護老人ホーム」「介護老人保健施設」「養護老人ホーム」「軽費老人ホーム」

請求は豊中市民と同様です。(ただし、市外接種依頼書の添付が必要です。)

(※1)(※2)以外の方

請求の対象外ですが、報告のみお願いします。(市外接種依頼書の添付が必要です。)