

帯状疱疹予防接種請求件数 内訳表

(令和 年 月接種分)

※必ず「請求書」と一緒に提出してください。

請 求 日 令和 年 月 日

住 所 :

医 療 機 関 名 :

電 話 番 号 :

氏 名 :

		接種人数内訳			
		一部負担金なし（無料）		一部負担金あり（有料）	
		豊中市民	吹田市民・池田市民 箕面市民・摂津市民 豊能町民・能勢町民	豊中市民	吹田市民・池田市民 箕面市民・摂津市民 豊能町民・能勢町民
生（ベビークレチン）	60～64歳 ※手帳等の写し添付要	人	人	人	人
	65歳以上の 5歳刻みの年齢者	人	人	人	人
	長期療養	人	人	人	人
	小計	人	人	人	人
	合計	① 人		② 人	
組（ヘシグワックス）	60～64歳 ※手帳等の写し添付要	人	人	人	人
	65歳以上の 5歳刻みの年齢者	人	人	人	人
	長期療養	人	人	人	人
	小計	人	人	人	人
	合計	③ 人		④ 人	

予診のみ	豊中市民	吹田市民・池田市民 箕面市民・摂津市民 豊能町民・能勢町民	合計
	人	人	⑤ 人

※注意事項※
豊中市民は「帯状疱疹ワクチン
予防接種 接種券」([1回目]は
緑色、[2回目]は黄色)を、相互
乗入市町民はマニュアルを確認
の上、必要書類を予診票にク
リップで添付してください。

請求外他市民 (豊中市長あての依頼書添付有の人数)	人
副反応疑い報告書	件

<市記入欄>

点検者

ログ入力者