

帯状疱疹 定期予防接種(B類)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 (ワクチン)	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	Ⓐ	人	Ⓑ	人
組 (交換ワクチン)	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	Ⓒ	人	Ⓓ	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	Ⓔ 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】は黄色、【2回目】は水色)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