

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	

	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 ※手帳等の写し添付要	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：吹田市・箕面市・池田市・摂津市・茨木市・高槻市・豊能町・能勢町・島本町

（＊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	豊中市民	相互乗入市町民	施設入所者
	③	人	人	人

ロスワクチン	件	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：

(請求内訳)

(訂正がない場合は押印不要)

	自己負担金	対象者	実施人員	単 価	金 額
一部負担金なし (証明書添付)	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
ロスワクチン		1件あたり0.5ml	件	@ 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。

<注意事項>

*訂正がある場合は訂正箇所には二重線を引き、管理医師の氏名印を「氏名欄」と「訂正箇所」に押印してください。

*①②③は請求件数内訳表の合計欄より記入してください。

<豊中市民以外の取扱いについて>

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

→請求は豊中市民と同様です。（市外実施依頼書は不要）

(※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」

に入所している相互乗入市町以外の大阪府民

→請求は豊中市民と同様です。（ただし、市外実施依頼書の添付が必要）

(※1)(※2)以外の市区町村民

→請求の対象外ですが、市外実施依頼書を添付のうえ、報告のみお願いします。