

令和8年度 成人用肺炎球菌予防接種委託料請求書兼内訳書

3-3

(令和 年 月分)

種 別	委 託 単 価	件 数	金 額
自 己 負 担 有	8,061円	件	円
自 己 負 担 無	11,561円	件	円
予 診 料 ( 接 種 不 可 者 )	3,201円	件	円
合 計	—	件	円

(医療機関控用)

(内訳書記入方法)  
 ①翌月初めに1か月の集計をしてください。  
 ②自己負担有無ごとに、被接種者数を記入してください。  
 ③予診料(接種不可者)接種希望日に診察の結果、接種不可者と診断された人の件数を記入してください。  
 →別紙接種不可者受診券を提出

成人用肺炎球菌予防接種委託料を上記のとおり請求します。

また、生活保護世帯及び市民税非課税世帯について、資料を確認したことを証明します。

令和 年 月 日 所在地及び名称  
 代表者氏名

鹿児島市長 殿

(キリトリ線1)

医療機関→(市・県)医師会

令和8年度 成人用肺炎球菌予防接種委託料請求書兼内訳書

3-2

(令和 年 月分)

種 別	委 託 単 価	件 数	金 額
自 己 負 担 有	8,061円	件	円
自 己 負 担 無	11,561円	件	円
予 診 料 ( 接 種 不 可 者 )	3,201円	件	円
合 計	—	件	円

(【市・県】医師会控用)

(内訳書記入方法)  
 ①翌月初めに1か月の集計をしてください。  
 ②自己負担有無ごとに、被接種者数を記入してください。  
 ③予診料(接種不可者)接種希望日に診察の結果、接種不可者と診断された人の件数を記入してください。  
 →別紙接種不可者受診券を提出

成人用肺炎球菌予防接種委託料を上記のとおり請求します。

また、生活保護世帯及び市民税非課税世帯について、資料を確認したことを証明します。

令和 年 月 日 所在地及び名称  
 代表者氏名

鹿児島市長 殿

(キリトリ線2)

医療機関→(市・県)医師会→鹿児島市

令和8年度 成人用肺炎球菌予防接種委託実施報告書

3-1

(令和 年 月分)

種 別	委 託 単 価	件 数	金 額
自 己 負 担 有	8,061円	件	円
自 己 負 担 無	11,561円	件	円
予 診 料 ( 接 種 不 可 者 )	3,201円	件	円
合 計	—	件	円

(保健所提出用)

(内訳書記入方法)  
 ①翌月初めに1か月の集計をしてください。  
 ②自己負担有無ごとに、被接種者数を記入してください。  
 ③予診料(接種不可者)接種希望日に診察の結果、接種不可者と診断された人の件数を記入してください。  
 →別紙接種不可者受診券を提出

成人用肺炎球菌予防接種委託料を上記のとおり報告します。

また、生活保護世帯及び市民税非課税世帯について、資料を確認したことを証明します。

令和 年 月 日 所在地及び名称  
 代表者氏名

鹿児島市長 殿

押印を省略する場合は、記入してください。  
 (担当者：氏名 電話

**記入例**

令和 8 年 4 月分

種 別	委託単価	件 数	金 額
自 己 負 担 有	8,061円	5件	40,305円
自 己 負 担 無	11,561円	1件	11,561円
予 診 料 ( 接 種 不 可 者 )	3,201円	件	円
合 計	—	6件	51,866円

(医療機関控用)

- (内訳書記入方法)
- ①翌月初めに1か月の集計をしてください。
  - ②自己負担有無ごとに、被接種者数を記入してください。
  - ③予診料(接種不可者)接種希望日に診察の結果、接種不可者と診断された人の件数を記入してください。  
→別紙接種不可者受診券を提出

成人用肺炎球菌予防接種委託料を上記のとおり請求します。

また、生活保護世帯及び市民税非課税世帯について、資料を確認したことを証明します。

令和 年 月 日 所在地及び名称  
代表者氏名

鹿児島市長 殿

ここで切り取ってください。  
下2枚(3-1・3-2)を医師会  
に提出してください。

(キリトリ線1)

医療機関→(市・県)医師会

(令和 8 年 4 月分)

種 別	委託単価	件 数	金 額
自 己 負 担 有	8,061円	5件	40,305円
自 己 負 担 無	11,561円	1件	11,561円
予 診 料 ( 接 種 不 可 者 )	3,201円	件	円
合 計	—	6件	51,866円

(【市・県】医師会控用)

- (内訳書記入方法)
- ①翌月初めに1か月の集計をしてください。
  - ②自己負担有無ごとに、被接種者数を記入してください。
  - ③予診料(接種不可者)接種希望日に診察の結果、接種不可者と診断された人の件数を記入してください。  
→別紙接種不可者受診券を提出

成人用肺炎球菌予防接種委託料を上記のとおり請求します。

また、生活保護世帯及び市民税非課税世帯について、資料を確認したことを証明します。

令和 年 月 日 所在地及び名称  
代表者氏名

鹿児島市長 殿

(キリトリ線2)

医療機関→(市・県)医師会→鹿児島市

(令和 8 年 4 月分)

種 別	委託単価	件 数	金 額
自 己 負 担 有	8,061円	5件	40,305円
自 己 負 担 無	11,561円	1件	11,561円
予 診 料 ( 接 種 不 可 者 )	3,201円	件	円
合 計	—	6件	51,866円

(保健所提出用)

- (内訳書記入方法)
- ①翌月初めに1か月の集計をしてください。
  - ②自己負担有無ごとに、被接種者数を記入してください。
  - ③予診料(接種不可者)接種希望日に診察の結果、接種不可者と診断された人の件数を記入してください。  
→別紙接種不可者受診券を提出

成人用肺炎球菌予防接種委託料を上記のとおり報告します。

また、生活保護世帯及び市民税非課税世帯について、資料を確認したことを証明します。

令和 年 月 日 所在地及び名称  
代表者氏名

鹿児島市長 殿

座版でも可です。押印の際は、  
法人は理事長印を個人の場合は  
代表者の印を使用してください。

押印を省略する  
(担当者：氏名

電話