

種 別	委 託 単 価	件 数	金 額
自 己 負 担 有	3,791円	件	円
自 己 負 担 無	5,291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

インフルエンザ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→市医師会

種 別	委 託 単 価	件 数	金 額
自 己 負 担 有	3,791円	件	円
自 己 負 担 無	5,291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

インフルエンザ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→市医師会→鹿児島市

種 別	委 託 単 価	件 数	金 額
自 己 負 担 有	3,791円	件	円
自 己 負 担 無	5,291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

インフルエンザ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