

3 - 3

(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

令和 年 月 日 所在地及び名称
代 表 者 氏 名

(キリトリ線1)

医療機関→（市・県）医師会

3 - 2

([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

令和	年	月	日	所在地及び名称 代 表 者 氏 名

(キリトリ線2)

医療機関→(市・県)医師会→鹿児島市

3 - 1

(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

令和	年	月	日	所在地及び名称 代表者氏名

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10月分)

種別	委託単価	件数	金額
自己負担有	9,300円	20件	186,000円
自己負担無 (生活保護世帯)	15,300円	5件	76,500円
予診料(接種不可者)	3,201円	件	円
合計	—	25件	262,500円

新型コロナウイルス感染症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

(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

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10月分)

種別	委託単価	件数	金額
自己負担有	9,300円	20件	186,000円
自己負担無 (生活保護世帯)	15,300円	5件	76,500円
予診料(接種不可者)	3,201円	件	円
合計	—	25件	262,500円

新型コロナウイルス感染症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

([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

(キリトリ線2)

医療機関→(市・県)医師会→鹿児島市

(令和8年10月分)

種別	委託単価	件数	金額
自己負担有	9,300円	20件	186,000円
自己負担無 (生活保護世帯)	15,300円	5件	76,500円
予診料(接種不可者)	3,201円	件	円
合計	—	25件	262,500円

新型コロナウイルス感染症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

(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

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。

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
(担当者：氏名 電話

い。