

**記入例**

(令和6年10月分)

(医療機関控用)

種 別	委 託 単 価	件 数	金 額
自 己 負 担 有	13,300円	20 件	266,000円
自 己 負 担 無	15,300円	5 件	76,500円
予 診 料 ( 接 種 不 可 者 )	3,168円	件	円
合 計	-	25 件	342,500円

(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

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→市医師会

(令和6年10月分)

(市[県]医師会控用)

種 別	委 託 単 価	件 数	金 額
自 己 負 担 有	13,300円	20 件	266,000円
自 己 負 担 無	15,300円	5 件	76,500円
予 診 料 ( 接 種 不 可 者 )	3,168円	件	円
合 計	-	25 件	342,500円

(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

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

(令和6年10月分)

(保健所提出用)

種 別	委 託 単 価	件 数	金 額
自 己 負 担 有	13,300円	20 件	266,000円
自 己 負 担 無	15,300円	5 件	76,500円
予 診 料 ( 接 種 不 可 者 )	3,168円	件	円
合 計	-	25 件	342,500円

(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

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

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。

い。

(担当者：氏名

電話