

医療機関長 様

津幡町健康推進課感染症予防係

予防接種請求書の送付について

平素より津幡町保健事業にご協力を賜り厚くお礼申し上げます。
津幡町の令和8年度带状疱疹予防接種請求書を同封いたします。
請求書の提出については下記のとおりお願いいたします。

記

- 請求書はコピーしてお使いください。
- 請求書と接種券兼予診票を毎月ごとに、毎月10日までに送付ください。
- 令和9年3月接種分は、令和9年4月5日(月)までに請求書の提出をお願いいたします。

提出の際、ご確認いただきたいこと(裏面をご参照ください。)

- ・請求者の住所、氏名
- ・請求金額の記入
- ・法人印または代表者印(シャチハタ等のスタンプ印は無効です。明瞭に押印してください。)

不備がある場合は書き直しを依頼する場合があります。

(問合せ先・請求書送付先)

〒929-0393

津幡町字加賀爪ニ3番地

津幡町役場 健康推進課 感染症予防係

TEL 288-7926

FAX 288-5646

請求書

(令和 8 年度)

金額

	百万			千					
		¥	3	5	7	0	0		円

金額訂正不可

上記の金額を請求します。

上記の請求金額を次の口座に振込み願います。

選択して○を付ける

北國銀行 金庫	本店 支店	口座番号							
		普通・当座	1	2	3	4	5	6	7
		フリガナ	イ) ツバタス リジチョウ ケ						
		口座名義	医療法人社団 津幡会 津幡医院 理事長 健康推進						

法人名・医療機関名・代表者肩書・
代表者氏名まで記入

(※口座名義は正確に記入ください。)

令和 8 年 8 月 1 日

津幡町長

法人名・医療機関名・代表者肩書・代表者氏
名まで正式名称を記入。

住所 津幡

医療機関名 医療法人社団 津幡会

氏名 津幡医院 理事長 健康推進 印

予防接種 令和 8 年 7 月分を接種券(予診票)

法人印または代表者印(契約書と同印鑑)
をはっきり分かる様に押印願います。

記

接種券の枚数を記入

带状疱疹予防接種

種類	費用負担	契約単価	件数	金額
水痘ワクチン	あり	5,500 円	件	円
	なし	7,800 円	件	円
带状疱疹ワクチン	あり	14,700 円	1 件	14,700 円
	なし	21,000 円	1 件	21,000 円
合 計			件	35,700 円