

大阪府東大阪市長 様

市区町村番号

他市へ請求する場合は、
他市の請求書を使用してご記入ください。

代表者氏名の前に
役職名を入れてください。

(例) 院長 東大阪太郎
理事長 東大阪太郎

医療機関等の所在地：大阪府東大阪市

代表者氏名：

電話番号：

コロナワクチン接種費等 市区町村別請求書

医療機関等番号 (10桁) :

医療機関等名称： **法人の場合、法人名からご記入ください。**

(例) 医療法人 ○○○
社会福祉法人 ○○○

2024年 4 月請求分

区分	種類	請求件数	請求金額 (税込み)	決定件数	決定金額 (税込み)
予診のみ	6歳未満 (時間外・休日分除く)				
	6歳未満 (時間外)				
	6歳未満 (休日)				
	6歳以上 (時間外・休日分除く)				
	6歳以上 (時間外)				
	6歳以上 (休日)				
	小計				
接種	6歳未満 (時間外・休日分除く)				
	6歳未満 (時間外)				
	6歳未満 (休日)				
	6歳以上 (時間外・休日分除く)				
	6歳以上 (時間外)				
	6歳以上 (休日)				
	小計				
合計		件	円		

↑太枠内に記載すること

《 単価 (税抜き) 》

予診のみ	6歳未満 (時間外・休日分除く)	2,200円
	6歳未満 (時間外)	2,930円
	6歳未満 (休日)	4,330円
	6歳以上 (時間外・休日分除く)	1,540円
	6歳以上 (時間外)	2,270円
	6歳以上 (休日)	3,670円
接種	6歳未満 (時間外・休日分除く)	2,730円
	6歳未満 (時間外)	3,460円
	6歳未満 (休日)	4,860円
	6歳以上 (時間外・休日分除く)	2,070円
	6歳以上 (時間外)	2,800円
	6歳以上 (休日)	4,200円

すべて、税込み金額でご記入ください。

(別添「接種費用単価表」参照ください。
※左表は税抜き金額です。)

住所地内 接種分	対象
	✓

※医療機関等の所在地と請求先が
同じ市区町村の場合はチェック