

## 予防接種報告書

（ 月分）

亀山市長 様

医療機関名

住所

氏名



※本人が署名しない場合は、記名押印してください。

次のとおり、報告します。

| ワクチン名   | 区分   | 委託料   | 人数 | 金額 |
|---------|--|-------|----|----|
| 高齢者肺炎球菌 | ①満65歳の人  | 6,314 | 人  | 円  |
|         | ①で、生活保護世帯の人  | 8,814 | 人  | 円  |
|         | ②満60歳～満64歳で、心臓・腎臓・呼吸器・ヒト免疫不全ウイルスによる免疫の機能に障害を有する身体障害者手帳1級の人 | 6,314 | 人  | 円  |
|         | ②で、生活保護世帯の人  | 8,814 | 人  | 円  |
|         | 予診料  | 1,600 | 人  | 円  |
|         | 長期疾患   | 6,314 | 人  | 円  |
|         | 長期疾患 予診料   | 1,600 | 人  | 円  |
| 合 計     |  |       |    | 円  |