

定期接種

医療機関様→健康推進課健康増進グループ行

令和8年度 新型コロナワクチン接種実施報告書(月分)

亀 山 市 長 様

医療機関名

住所

氏名

印

※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。

区分	単価	人数	金額
①満65歳以上の人	11,104円	人	円
②満60歳以上65歳未満で、 心臓・腎臓・呼吸器・免疫疾患による 身体障害者手帳1級の人	11,104円	人	円
上記①で、生活保護世帯の人	16,104円	人	円
上記②で、生活保護世帯の人	16,104円	人	円
予診のみ	1,600円	人	円
合計		人	円