

# 請求書

請求先) 市長 令和 年 月 日

令和 年 月実施分 住所  
電話番号

高齢者インフルエンザ個別予防接種  
委託料を下記のとおり請求します

名称  
役職・氏名  
登録番号 T

請求金額 円

内訳

区分		単価 (円)	件数 (件)	合計 (円)
B 類 予 防 接 種	インフルエンザ (一般)	65歳以上	3,725	
	インフルエンザ (一般)	60歳以上 65歳未満 (障がい1級)	3,725	
	インフルエンザ (生活保護) (中国残留邦人等支 援受給者)	65歳以上	5,225	
		60歳以上 65歳未満 (障がい1級)	5,225	
未接種予診料		3,168		

債権者コード

振込口座

振込先銀行名		口座情報		口座名義人 (カタカナで)
	銀行	普通		
	支店	No.		