

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

高齢者肺炎球菌個別予防接種
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

B 類 予 防 接 種	区分		単価 (円)	件数 (件)	合計 (円)
	高齢者肺炎球菌 (一般)	6 5 歳	5, 849		
		6 0 歳以上 6 5 歳未満 (障がい1 級)	5, 849		
	高齢者肺炎球菌 (生活保護) (中国残留邦人等支 援受給者)	6 5 歳	8, 849		
		6 0 歳以上 6 5 歳未満 (障がい1 級)	8, 849		
	未接種予診料 (※)		3, 201		

(※) 同時接種の場合は、1 回分のみ請求(B類で1 回)

債権者コード	
--------	--

振込口座

振込先金融機関名		口座情報		口座名義人 (カタカナで)
	銀行	普通 ・ 当座		
	支店	No.		