

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

B 類 予 防 接 種	区分		単価 (円)	件数 (件)	合計 (円)
	インフルエンザ (一般)	6 5 歳以上	3, 791		
		6 0 歳以上 6 5 歳未満 (障がい1 級)	3, 791		
	インフルエンザ (生活保護) (中国残留邦人等支 援受給者)	6 5 歳以上	5, 291		
		6 0 歳以上 6 5 歳未満 (障がい1 級)	5, 291		
	未接種予診料 (※)		3, 201		

(※) 同時接種の場合は、B類で1 回分のみ請求可能

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		
	信用金庫	No.		
	支店			