

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
名称
役職・氏名
登録番号 T

高齢者インフルエンザ予防接種
委託料を下記のとおり請求します

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		
	支店	No.		