

様式第1号（第6条第1項関係）

令和2年度 高齢者インフルエンザ予防接種委託料請求書

令和 年 月 日

長 様

医療機関住所

医療機関名

代表者名

印

金融機関	銀行	支店
	信用組合・信用金庫	
	農協	本店
普通・当座	口座番号	
フリガナ		
口座名		

次のとおり予防接種委託料を請求します。

(令和 年 月分)

予防接種の種類及び単価		予診票の枚数	請求金額
インフルエンザ（一般）	3,277円	枚	円
インフルエンザ （生活保護世帯に属する者）	4,877円		
不可予診	1,100円		
請求金額	（計）	枚	円

※請求は、月締めで翌月10日までに請求する。