

高齢者肺炎球菌予防接種委託料請求書

令和 年 月 日

新宮町長様

医療機関住所

医療機関名

代表者名

※自署または、記名捺印

振 込 先	金融機関		金融機関名		支所・支店
	預金種別	普通 当座	口座番号		
	(フリガナ)				
	口座名(漢字)				

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
高齢者肺炎球菌(一般)	4,271円	0円
高齢者肺炎球菌 (生活保護世帯に属する者・ 中国残留邦人等支援給付受給者)	8,271円	0円
不可予診	3,168円	0円
請求金額 (合計)	0枚	0円

※請求は、月締めで翌月10日までに請求する。