

令和6年度 インフルエンザ任意予防接種実施報告書兼請求書

令和 年 月 日

五城目町長 様

医療機関名 :

所在地 :

氏名 :

印

インフルエンザ任意予防接種に係る 月分委託料として、次のとおり請求します。

請求金額 円

内 訳

区分	項目	人 数 (A)	単 価 (B)	計 (A) × (B)
	6 か月～高校 3 年生	人	1,500 円	円
	妊婦	人	1,500 円	円
	生活保護受給者	人	円	円
	合 計			

◆添付書類 … 予診票

◆注意事項 … 請求金額の訂正されたものは、受け付けられません。

文字の訂正には、訂正印が必要です。

◆助成対象者 … 1 回目は 6 か月～高校生又は妊婦、2 回目は 13 歳未満の方です。

生活保護受給者は、全額助成です。

【振込先】

金融機関名		本・支店名	
預金種別		口座番号	
フリガナ 口座名義			