

(定期接種)

高齢者の肺炎球菌感染症予防接種委託料

請 求 書

南アルプス市長 様

年 月分の予防接種に要した金額を次のとおり請求します。

金 額 円

請求日 年 月 日

所 在 地

医療機関

氏 名

印

【予防接種の内容】

被接種者自己負担あり	5, 0 0 0 円 ×	人分 =	円
※ 被接種者自己負担なし (生活保護世帯等)	円 ×	人分 =	円

※ 生活保護世帯等の方の接種費用は全額公費負担となりますので、貴院の定める接種費用の額を記入してください。

【 添 付 書 類 】

接種券・予診票（市提出用） ※請求人数分を必ず添付してください。

【 検 収 】（市職員記入）

上記のことについて、相違ないことを確認しました。

年 月 日

職 員 氏 名

印