

高齢者用肺炎球菌感染症予防接種委託料 請求書

( 令和 年 月分 )

(宛先) 南アルプス市長

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 令和 年 月 日

所在地

医療機関名

代表者氏名

印

【予防接種の内容】

被接種者自己負担あり	5,900 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】

予診票 (市提出用)

※請求人数分を必ず添付してください。

【振込先】

※口座名義は銀行に届けている正式名称をカタカナのみでご記入ください。

金融機関名		支店名	
口座番号	普通・当座	NO.	
口座名義 (※カタカナのみ)			

【市担当記入欄】 (検 収)

上記のことについて、相違ないことを確認しました。

令和 年 月 日

職員氏名

印