

市・町 確認欄

令和 8 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 月分)

接種者の年齢内訳

	課税世帯	低所得者（非課税世帯 および生活保護世帯の方）
満 6 5 歳以上の接種者	名	名
満 6 0 歳から満 6 5 歳未満の接種者 （一定の障害を有する者）	名	名
合 計	㊦ 名	㊧ 名

請求内訳

単 価		接種者数	請求金額
課税世帯	3, 6 4 8 円	㊦ 名	円
低所得者（非課税世帯お よび生活保護世帯の方）	5, 1 4 8 円	㊧ 名	円
接種不可	1, 6 1 1 円	㊨ 名	円

請求総額 円

上記の通り関係書類を添えて請求します。

() 市町長様

令和 年 月 日

住 所
医 療 機 関 名
肩書・代表者名

口座振込先

金 融 機 関 名	銀行 農協
支 店 名	支店
口 座 種 別	普通 ・ 当座
口 座 番 号	
フ リ ガ ナ	
口 座 名 義 人	
電 話 番 号	
担 当 者 名	