合計金額以外の訂正は、訂正印を押印してもかまいません。
ただし、必ず請求印で押印してください。

記入例

# インフルエンザワクチン公費負担請求書（　　月分）

年　　月　　日

霧　島　市　長　　殿

契約書と同じ印鑑を押印してください
※医療法人の場合、理事長印

所　在　地
名　　称
代表者職氏名　　㊞

貴市との委託契約にもとづくインフルエンザ混合ワクチン予防接種を下記のとおり実施したので、標記公費負担分について予診票を添付して報告し、請求します。

記

| | 対象者 | 助成額 | 人数 | 合計 |
|---|---|---|---|---|
| A | 65 歳以上接種者 | 2,080 円 | 名 | 円 |
| B | 65 歳未満<br>（身体障害者手帳 1 級相当） | 2,080 円 | 名 | 円 |
| C | 生活保護受給者<br>65 歳以上 | 3,760 円 | 名 | 円 |
| D | 生活保護受給者 65 歳未満<br>（身体障害者手帳 1 級相当） | 3,760 円 | 名 | 円 |
| | | **計** | **名** | 円 |

A＋B＋C＋D　＝　一金　　円也

請求金額の訂正はできません。差し替えになります。

振込先

| 金融機関名 | 支店等 |
|---|---|
| 銀　行<br>信組・農協<br>信金・労金 | |

| 預　金　種　目 | 口　座　番　号 |
|---|---|
| 1．普通　　2．当座　　3．その他 | |

口　座　名　義　人

（フリガナ）

フリガナを忘れずにふってください。

※上記の請求金額について予診票を確認のうえ、この請求書を受け取ってから３０日以内に上記の振込先にお振り込み下さい。