

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

所 在 地
名 称
代表者職氏名

印

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 (身体障害者手帳 1 級相当)	2,080 円	名	円
C	生活保護受給者 65 歳以上	3,760 円	名	円
D	生活保護受給者 65 歳未満 (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

振込先

金融機関名		支店等					
銀行 信組・農協 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)							

※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。