

令和6年度高齢者インフルエンザ予防接種委託料請求書

年 月 日

長 殿

医療機関住所
医療機関名
代表者名

印

振込先	金融機関名		銀行 信用組合 信用金庫 農協		支店 本店
	預金種別	普通 当座	口座番号		
	(フリガナ)				
	口座名(漢字)				

次のとおり予防接種委託料を請求します。

(年 月分)

予防接種の種類及び単価		予診票の枚数	請求金額
インフルエンザ (一般)	3,365円	枚	円
インフルエンザ (生活保護世帯に属する者・ 中国残留邦人等支援給付受給者)	4,965円		
不可予診	3,168円		
請求金額	(計)	枚	円

※請求は、月締めで翌月10日までに請求する。