

記入例

広域高齢者等インフルエンザ予防接種委託料請求書

※別紙様式1・2ともに日付は空欄でお願いします

令和 年 月 日

郡山市長 様

所在地 郡山市朝日 2-15-1
医療機関名 医療法人こおりやまクリニック
代表者名 理事長 郡山 太郎

印

令和 5 年 10 月実施の高齢者等インフルエンザ予防接種委託料として、次のとおり請求します。

請求金額 88,260 円

内訳

予防接種の種類	年齢等	単価①	自己負担額	人数②	金額①×②
高齢者等 インフルエンザ	65 歳以上	3,860 円	1,200 円	10	38,600 円
	60 歳以上 65 歳未満	3,860 円	1,200 円	5	19,300 円
	生活保護受給者	5,060 円	0 円	5	25,300 円
	中国残留邦人等 支援給付受給者	5,060 円	0 円	1	5,060 円
計				21	88,260 円

振込先

金融機関名	朝日 銀行 農協 信金 信組 郡山 本店 支店
口座種別	普通 当座 その他
口座番号	1234567
(フリガナ)	イ)コオリヤマクリニック リジチョウ コオリヤマ タロウ
口座名義人	医療法人郡山クリニック 理事長 郡山 太郎

※代表者名と振込先の口座名義人が異なる場合は「委任状」が必要となります