

広域高齢者等インフルエンザ予防接種委託料請求書

令和 年 月 日

郡山市長 様

所在地
医療機関名
代表者名

印

令和 5 年 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 _____ 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 | | 円 |
| | 60 歳以上 65 歳未満 | 3,860 円 | 1,200 円 | | 円 |
| | 生活保護受給者 | 5,060 円 | 0 円 | | 円 |
| | 中国残留邦人等 支援給付受給者 | 5,060 円 | 0 円 | | 円 |
| 計 | | | | | 円 |

振込先

| | | |
|--------|----------------------|----------|
| 金融機関名 | 銀行 農協 信金 信組 | 本店 支店 |
| 口座種別 | 普通 | 当座 其他 |
| 口座番号 | | |
| (フリガナ) | | |
| 口座名義人 | | |