

予防接種委託料請求書
(インフルエンザ)

年 月 日

(宛先) 周南市長

(請求者) 医 療 機 関 地
所 在 地
法 人 名
医 療 機 関 名
代 表 者 名
(肩書・氏名)

印

※代表者印を省略される場合は、下部の担当者及び連絡先欄の記載が必要です。

請求金額 円

(内訳明細)

対象者	予 防 接 種 種 別	単価（円）	件数	請求金額（円）
65歳以上の者	自己負担あり	3,460		
	自己負担なし（生活保護世帯）	4,950		
	予診の結果不接種	1,397		
60歳以上65歳未満特例予防接種 対象者 ※別紙1を 予診票に 必ず添付	自己負担あり	3,460		
	自己負担なし（生活保護世帯）	4,950		
	予診の結果不接種	1,397		
計				

月実施分について、上記のとおり請求します。

(注意)

- ・ 請求内容を訂正する場合は、代表者印の押印または請求者による訂正署名が必要です。
（砂消ゴムや修正液等で修正しないでください）
- ・ 金額の訂正はできませんので再作成してください。
- ・ 貴院が記入した件数と市が確認した件数が異なった場合、訂正した内容を記入してお送りしますので、再度ご提出ください

担当者及び連絡先

担当者名：

連絡先：

R7