

令和 年 月 日

舟 橋 村 長 様

請 求 書

医療機関・施設名

住 所

代 表 者 名

令和 年 月分の高齢者予防接種委託料を下記の通り請求します。

金 円

種類	対 象 者	件 数	単 価	合 計 金 額
インフルザル	一般高齢者	件	3, 0 0 0 円	円
	生活保護世帯	件	4, 5 0 0 円	円
ワクチン	一般高齢者	件	1 0, 5 0 0 円	円
	生活保護世帯	件	1 5, 6 0 0 円	円

添付書類：当該予防接種券・予診票

【振込先口座】

*新規で契約する場合、口座等に変更がある場合にご記入ください。

金融機関名	銀 行 信用金庫 信用組合	本店（所） 支店（所） 出張所
預 金 種 別	普通 ・ 当座	
口 座 番 号		
フリガナ		
口 座 名 義		

*本請求書は当該月の翌月の１０日までに提出ください。