

別紙様式

三島町 インフルエンザ・新型コロナウイルス予防接種請求書

令和 年 月 日

三 島 町 長 様

所在地
医療機関名
代表者名

印

令和 年 月実施の予防接種に関する委託料として、次のとおり請求します。

請求金額 ￥ 円

【インフルエンザ予防接種内訳】

対 象 者	料金①	助成額	人数②	請求金 (①×②)
6か月～6 歳未満 (1 回目)		全額助成		
6か月～6 歳未満 (2 回目)				
6歳～13歳未満 (1 回目)				
6歳～13歳未満 (2 回目)				
13歳～18歳(高校生相当)				
妊 婦				
生活保護世帯				
予診のみ	1,540			
計				円

【新型コロナウイルス予防接種内訳】

対 象 者	料金①	助成額	人数②	請求金 (①×②)
6か月～6 歳未満 (1 回目)		全額助成		
6か月～6 歳未満 (2 回目)				
6歳～13歳未満 (1 回目)				
6歳～13歳未満 (2 回目)				
13歳～18歳(高校生相当)				
妊 婦				
生活保護世帯				
予診のみ	1,540			
計				円

振込先

金 融 機 関 名	銀行 店・支店
口 座 種 別	普通 当座 その他
口 座 番 号	
(フ リ ガ ナ)	
口 座 名 義 人	