

別紙様式（両沼医師会用）

三島町（任意）インフルエンザ予防接種請求書

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

内訳

対象者	接種料金 ①	助成額（円） ②	自己負担額 （①－②）	数量 （人数）③	請求金額 （②×③）
6か月～6歳未満（1回目）	5,863	5,863	0		
6か月～6歳未満（2回目）	3,091	3,091	0		
6歳～13歳未満（1回目）	5,038	5,038	0		
6歳～13歳未満（2回目）	2,673	2,673	0		
13歳～18歳（高校生相当）	5,038	5,038	0		
妊婦	5,038	5,038	0		
生活保護世帯	5,038	5,038	0		
予診のみ	1,540	1,540	0		
※ 6か月～18歳（高校生相当）、妊婦、生活保護世帯は全額助成になります。					
計					円

振込先

金融機関名	銀行	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		