

別紙様式（若松医師会用）

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 ※1 | 助成額 (円) ② | 自己負担額 (①-②) | 数量③ (人数) | 金額 (②×③) ※2 | 請求金額 (円) |
|--|-------------|-----------------|----------------|-------------|----------------|-------------|
| 6か月～13歳未満（1回目） | | (料金全額) ※3 | 0 | | | |
| 6か月～13歳未満（2回目） | | (料金全額) ※3 | 0 | | | |
| 13歳～18歳（高校生相当） | | (料金全額) ※3 | 0 | | | |
| 妊婦 | | (料金全額) ※3 | 0 | | | |
| 生活保護世帯 | | (料金全額) ※3 | 0 | | | |
| 予診のみ | | 1,540 | 0 | | | |
| | | | | | | |
| ※1 ①接種料金は各医療機関料金です。記入をお願いします。 | | | | | | |
| ※2 ①接種料金が助成額に満たない場合は①×③ | | | | | | |
| ※3 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 | | |