

請求書

令和 年 月 日

美郷町長 松田 知己 様

医療機関 住所

名称

氏名

印

高齢者インフルエンザ予防接種に係る令和 年 月分委託料として、次のとおり請求します。

請求金額 _____ 円

接種者	接種人数	単価	金額	備考
高齢者	人	円 2,000	円	
60～65歳未満で慢性高度心・肺・腎機能または免疫機能に障害(身障手帳1級)のある方		2,000		
実費徴収免除者				
合計				
金融機関名:	銀行	本・支店名:	本店・支店	
預金種別:	普通・当座	口座番号:		
フリガナ 口座名義:				
摘要				