

美郷町高齢者用肺炎球菌予防接種請求書

令和 年 月 日

美郷町長 松田 知己 様

医療機関 住所

名称

氏名

㊞

高齢者用肺炎球菌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
65歳以上の方	人	円 3,000	円	
60～64歳までの 障害者手帳1級程度 の方		円 3,000		
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：	

- ・予診票を添付ください。
- ・「請求金額」の訂正されたものは受付できません。
- ・文字の訂正には訂正印（請求印と同一のもの）が必要です。