

小児インフルエンザ予防接種委託料請求書

金 円也

上記のとおり、次の内訳を付して予防接種に要した費用を請求します。

令和 年 月 日

紫波町長 様

〒
所在地
名称
代表者氏名
電話番号



(振込先)
金融機関名 銀行 支店
口座番号(普通・当座)
口座名義人

令和 年 月分
内訳

種類		単価		接種人数	小計
小児インフルエンザ予防接種委託料	注射	1 回目	2,200 円	人	円
		2 回目	2,200 円	人	円
	経鼻	2,200 円		人	円
	生活保護 (全額公費負担)			内訳	
	注射	1 回目	円	人	円
		2 回目	円	人	円
	経鼻	円		人	円
合 計					円

- (注) 1 予診票の紫波町役場控えを添付ください。
2 請求書は、原則として月別に作成してください。
3 高齢者インフルエンザ予防接種とは別葉で作成してください。