

紫波町高齢者インフルエンザ・高齢者新型コロナウイルス感染症

予防接種実施報告書兼請求書

被 接 種 者	氏名		
	生年月日	年	月 日
	住所	紫波町	
	電話	—	—
接種年月日		令和	年 月 日
種類		インフルエンザ	新型コロナウイルス感染症
紫波町委託料		最大 2,200 円	最大 7,800 円
貴院での接種料金 ※注 1		円	円
請求額 ※注 2		円	円
振込先口座		金融機関名 _____ 銀行 _____ 支店 口座番号 _____ (カナ) 口座名義人 _____	

上記のとおり実施したので、実施要項により、請求いたします。

令和 年 月 日

医療機関
所在地
名称
代表者名

⑨

- ※注 1 貴院での接種料金は、貴院の市町村と貴院との委託契約の金額であること。
 ※注 2 紫波町委託料と貴院の接種料金のうちいずれか少ないほうについて記入すること。また、差額については被接種者から徴収すること。