

予防接種委託料請求書
(平川市幼児・小中学生インフルエンザ予防接種費助成事業分)

年 月 日

平川市長様

所在地
医療機関名
代表者氏名

印

年 月実施分のインフルエンザ予防接種事業に係る代理受領分として、下記の通り請求します。

金 _____ 円

接種費用※

1. 内 訳

対象者	人数(a)	市助成額(b)	金額(a×b)
インフルエンザ 幼児・小学生			
インフルエンザ 中学生			
無料接種対象者			
合計			

※接種費用：予防接種1件あたりの単価

2. 振込先

金融機関名		銀行 信用金庫 農協		本店 支店
口座種類	普通 ・ 当座	口座番号		
フリガナ				
口座名義				