

肺炎球菌予防接種委託料請求書

年 月 日

平 川 市 長 様

所在地
医療機関名
代表者氏名

印

年 月実施分の肺炎球菌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

1. 内 訳

対象者	人数(a)	自己負担額※	市助成額(b)	金額(a×b)
65歳以上の接種対象者				
60歳から65歳未満の 接種対象者				
無料接種対象者				
合計				

※自己負担額：接種を受けた方が医療機関窓口にて支払った額。

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				