

平川市幼児・小中学生、妊婦、高齢者等インフルエンザ予防接種費助成事業
予防接種委託料（市全額助成分）請求書

令和 年 月 日

平川市長様

所在地
医療機関名
代表者氏名

印

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

金 円

1. 内 訳

対象者	人数(a)	※接種費用(b) (市全額助成額)	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			
インフルエンザ 妊婦			
インフルエンザ 65歳以上			
インフルエンザ 60歳～64歳（心臓など疾患の方 で、かつ身体障害者手帳所持）			
生活保護受給者 (無料接種券提出者)			
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				