

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				