

予防接種委託料請求書
(平川市高齢者等肺炎球菌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 月実施分の高齢者等肺炎球菌予防接種費助成事業に係る
代理受領分として、下記のとおり請求します。

金 円

1. 内 訳

対象者		人数(a)	市助成額(b)	金額(a×b)
65歳の 接種対象者	接種			
	予診のみ			
60歳から65歳 未満の 接種対象者	接種			
	予診のみ			
無料接種対象者	接種			
	予診のみ			
合 計				

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				

接種金額 (医療機関で設定する金額)	円
-----------------------	---