

(様式4)

平成 年 月 日

医療機関 名 称

住 所

代表者名

印

平成29年度高齢者インフルエンザ予防接種請求明細書

( 月分)

	接種委託料	件 数	金 額
予防接種法による 対象者	円		円
生活保護受給者	円		円
接種見合わせ	円		円
合 計			円

※接種委託料は、自己負担金を差し引いた額を記入願います。

以上のおり請求いたします。

昭 和 村 長 様

振込口座

金融機関名		支 店 名		口座種別	
口座番号		(フリガナ) 口座名義人			