

(様式4)

平成 年 月 日

医療機関 住 所
代表者
職氏名

平成28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 料	件 数	自己負担額	請 求 額
予防接種法による 対 象 者	円	件	円 ※2,000円/人	円
生活保護受給者	円	件	0円	円
接種見合わせ	円	件	円	円
合 計	円	件	円	円

以上のと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	-----		