

予防接種委託料請求書
(平川市季節性インフルエンザ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 月実施分のインフルエンザ予防接種事業に係る代理受領分として、下記の通り請求します。

金 円

1. 内 訳

対象者	人数(a)	市助成額(b)	金額(a×b)
インフルエンザ 65歳以上の接種対象者			
インフルエンザ 60歳から65歳未満の 接種対象者			
インフルエンザ 妊 婦			
インフルエンザ 中 学 生			
インフルエンザ 幼児・小学生			
無料接種対象者			
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				