

予防接種委託料請求書
(平川市新型コロナウイルス感染症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 月実施分の新型コロナウイルス感染症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歳以上の接種対象者			
60歳から65歳未満の接種対象者			
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				

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