

【任意】大仙市インフルエンザ予防接種 実施報告書 兼 請求書

令和 年 月 日

大仙市長 様

医療機関名 :
所在 地 :
氏 名 : 印

インフルエンザ予防接種にかかる 令和 年 月分 の委託料として、次のとおり請求します。

請求金額 円

【内訳】

内訳		件数(人) (A)	単価 (B)	金額 (A)×(B)
不活化ワクチン	満6か月～小学6年生 1回目	人	1,500 円	円
	満6か月～小学6年生 2回目	人	1,500 円	円
	中学生～高校3年生 相当年齢	人	1,500 円	円
	妊婦	人	1,500 円	円
経鼻弱毒生ワクチン		人	1,500 円	円
合 計		人		円

摘要	
注意事項	高齢者のインフルエンザ予防接種は、「秋田県広域予防接種実施報告書兼請求書」にて請求してください。

【振込先】

金融機関名	銀行	本・支店名	本店・支店
預金種別	普通・当座	口座番号	
フリガナ 口座名義			

◎添付書類・予診票

◎記入上の注意・「請求金額」の訂正されたものは受付できません。
・文字の訂正には訂正印(請求印と同一のもの)が必要です。

市記入欄	検査確認済 年 月 日 検査員氏名 印
------	---------------------------