

【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