

請 求 書

令和 年 月 日

笛 吹 市 長 殿

住 所

医療機関名

氏 名

印

電 話 番 号

高齢者インフルエンザ・新型コロナウイルス感染症・高齢者用肺炎球菌ワクチン予防接種について、下記のとおり請求申し上げます。

請求金額につきましては下記口座に振込みをお願いします。

予 防 接 種 令和 年 月分

※接種月毎に1通の請求書をお願いします。（本来は翌月10日までの請求ですが、仮に10、11月接種者の請求をしなければならぬ場合、10月分、11月分それぞれの請求書でご請求ください。）

予防接種名		件数	接種料金	請求金額
高齢者インフルエンザ	一般		2,500 円	円
	被保護者 <small>(※被保護証明書の原本添付)</small>		円	円
新型コロナウイルス感染症	一般		11,800 円	円
	被保護者 <small>(※被保護証明書の原本添付)</small>		円	円
高齢者用肺炎球菌	一般		4,000 円	円
	被保護者 <small>(※被保護証明書の原本添付)</small>		円	円
合 計 件				円

振 込 み 口 座

※通帳記載のとおりに入をお願いします。

振込金融機関名	本・支店名	種 別	口座番号	フリガナ 口座名義人
		普通預金 当座預金		

※下記の確認をお願いします。

- 請求件数と予診票の件数が一致している。
- 接種日は予診票右上にある接種有効期間内である。
- 予診票の記入漏れがない。
- 生活保護受給者の請求がある場合、被保護証明書の原本が添付されている。
- 代筆の場合「被接種者署名欄」「代筆者署名欄」の両方に記入がされている。