

平成 年 月 日

市(町)長 様

医療機関の所在地
名称および代表者名

印

平成21年度

新型インフルエンザワクチン接種請求書
(実費負担軽減者用)

請求金額 円也

ただし、平成 年 月分 新型インフルエンザワクチン接種料

(被接種者名 外 名)

区 分	被接種者数	単 価	金 額	備 考
1回目	人	3,600 円	円	
2回目	人	2,550 円	円	
2回目 (1回目を他の医療機関で 接種している者)	人	3,600 円	円	
計	人		円	

記

添付書類

- (1) 市町が発行した証明書又は確認書等
- (2) 予診票の写し

振込先金融機関	銀行	支店
預 金 種 別	普通	当座
フリガナ		
預金口座名義		
預金口座番号		