

高齢者带状疱疹予防接種 請求書

令和 年 月 日

南部町長 佐野 和広 殿

所在地

医療機関

名称

印

高齢者带状疱疹予防接種の代金(令和 年 月分)として  
下記の金額を請求します。

|      |   |
|------|---|
| 請求金額 | ¥ |
|------|---|

(内訳)

| 項目          | 件数 | 単価                | 金額 |
|-------------|----|-------------------|----|
| 不活化ワクチン     | 件  | 11,000円           | 円  |
| 生ワクチン       | 件  | 4,400円            | 円  |
| 被保護者不活化ワクチン | 件  | 全額町へ請求してください<br>円 | 円  |
| 被保護者生ワクチン   | 件  | 全額町へ請求してください<br>円 | 円  |

(振込先)

|       |  |       |  |
|-------|--|-------|--|
| 金融機関名 |  | 支店名   |  |
| 口座番号  |  | 普通・当座 |  |
| ふりがな  |  |       |  |
| 口座名義人 |  |       |  |

※以下は市町村確認欄

|    |                                                  |
|----|--------------------------------------------------|
| 検収 | 上記について検査したところ相違ないことを確認しました。<br>令和 年 月 日<br>職員名 印 |
|----|--------------------------------------------------|