

令和 年 月 日

## 高齢者肺炎球菌ワクチン予防接種委託料請求書

小川町長 宛て

下記金額を請求します

請求者所在地 \_\_\_\_\_

医療機関名

電話番号

医師氏名 \_\_\_\_\_ 印

### 【 月分】

| 対象者            | 単価(税込)(円) | 件数 (人) | 金額 (円) |
|----------------|-----------|--------|--------|
| 一般             | 4,910     |        |        |
| 身体障害者 (60~64歳) | 4,910     |        |        |
| 生活保護受給者        | 9,910     |        |        |
| 予診のみ           | 2,200     |        |        |
| 合計金額           |           |        | 円      |

\* 法人の場合、請求印は社印と代表者印を押印してください。

小川町使用欄

|                 |       |
|-----------------|-------|
| 検査<br>(確認)<br>済 | 年 月 日 |
|                 | 印     |