

令和 年 月 日

高齢者新型コロナウイルス感染症定期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

請求者住所

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 (65歳以上)	5,340		
身体障害者 (60~64歳)	5,340		
生活保護受給者	17,340		
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 (確認) 済	年月日
	印