

〇〇市長  
〇〇 〇〇

日付は必ず記入してください。

令和 〇〇 年 〇〇 月 〇〇 日

訂正がある場合は、請求印と  
同じ印で訂正印を押してください。

医療機関の所在地  
名称及び代表者名

所在地・名称及び代表者名は  
必ず記入し、印鑑ははっきり  
押印してください。

印

## 令和8年度 成人・高齢者予防接種委託料請求書（接種不可分）

請求金額 **※金額の訂正は認められません。** 円也 (令和 〇〇 年 〇〇 月 接種不可分)

種 類		単 価 (円)	件数	金 額 (円)
高齢者 肺炎球菌	接種不可	2,910		
高齢者 带状疱疹 (定期接種)	接種不可	2,910		
風しん 第5期	接種不可 (予診のみ)	2,910		
高齢者 インフル エンザ	接種不可	2,910		
高齢者 新型コロナ ウイルス	接種不可	2,910		
合計金額				円

4月～9月分の請求書では、  
実施期間外のため、  
斜線を引いています。

必ずご記入ください。  
合計金額を振り込みます。

添付書類 (1) 予診票  
(2) その他市長が必要と認める書類

振 込 先 金 融 機 関	銀行コード	銀行 信用金庫	支店コード	本店 支店
	普通・当座		預金口座番号	
預 金 種 別				
フリガナ				
預 金 口 座 名 義	振込先欄は正確に記入してください。			