

令和 年 月 日

富士川町長 殿

指定医療機関所在地

指定医療機関名

代表者氏名

印

### 富士川町定期予防接種費用請求書 (成人用肺炎球菌ワクチン予防接種)

次のとおり被接種者の接種券・予診票を添えて、富士川町肺炎球菌ワクチン予防接種費用を請求します。

令和 年 月分 請求金額 金 円

予防接種名称	接種者区分	公費負担額 (1件あたり/円)	接種者(人)	算定額(円)
沈降20価肺炎球菌結合型ワクチン	自己負担金徴収者	5,800円		
	自己負担金免除者			
合計				

※自己負担金免除者の公費負担額欄は、貴医療機関の予防接種費用の全額をご記入ください。

※成人用肺炎球菌ワクチン予防接種 接種券・予診票を添付してください。

#### 【振込口座】

金融機関	銀行 金庫 組合 農協		本店・支店 支所・出張所
預金種別	普通・当座	口座番号	
フリガナ			
口座名義人			

※フリガナは口座名義人のとおり、正確に記載してください。

<町記入欄>

検収	上記について検収したところ相違ないことを確認しました。 令和 年 月 日 職氏名 印
----	---