

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
(高齢者インフルエンザワクチン予防接種)**

次のとおり被接種者の接種券・予診票を添えて、富士川町高齢者インフルエンザ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)
高齢者 インフルエンザ ワクチン	自己負担金 徴収者	2,500		
	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。

※高齢者インフルエンザ予防接種 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
----	---	---