

令和7年10月～令和8年2月接種分

高齢者インフルエンザ予防接種請求書（医療機関請求用）

令和 年 月 日（ 月分）

（あて先）多気 明和 大台 町長 様

所在地

医療機関 名称

役職名・代表者名

電話番号

印

予防接種法による予防接種を下記のとおり実施しましたので、請求いたします。

項目	請求金額 ×	件数 =	請求金額合計
自己負担金あり	2,609 円	ア 65歳～ 件	円
		イ 60～64歳 (確認証が必要な人) 件	
自己負担金なし (生活保護受給者)	4,609 円	ア 65歳～ 件	円
		イ 60～64歳 (確認証が必要な人) 件	

合 計	件	円
-----	---	---

振込先について、該当する□に必ずチェックをお願いします。

☐ 今年度予防接種を初めて請求（振込先をご記入ください） ☐ 変更あり（振込先をご記入ください） ☐ 変更なし

振込先

銀行・JA・信用金庫

本店・支店・出張所

口座種別

普通

当座

口座番号

--	--	--	--	--	--	--

フリガナ

口座名義

--

※1 合計金額の訂正がある場合は訂正印を使用することができません。

お手数ですがお書き直してください。

※2 請求は、**翌月10日（土・日・祝の場合は翌開庁日）必着**でお願いします。

期日以降に請求書が到着した場合はお支払いが遅れることがありますので、ご了承ください。

また、令和7年度実績分の最終請求は、**令和8年3月10日必着**でお願いします。