

高齢者肺炎球菌予防接種請求書(医療機関請求用)

令和 年 月 日 (月分)

(あて先)松阪市長 様

〒

医療機関(請求者) 所在地
名称
役職名・代表者名
電話番号
インボイス制度登録番号

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	委託料 ×	件数	=	金額
自己負担金あり	5,690 円	ア 65歳	件	円
		イ 60～64歳 (確認証が必要)	件	
自己負担金なし (生活保護)	8,690 円	ア 65歳～	件	円
		イ 60～64歳 (確認証が必要)	件	

合計	円
----	---

内消費税(10%)	円
-----------	---

以下の場合には□に✓を入れてください。

 今年度予防接種を初めて請求(記入してください) 変更あり(記入してください)

振込先 銀行・JA・信用金庫 本店・支店・出張所 普通・当座

口座番号

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

フリガナ

口座名義

市検収

--

※各月の締め切りは10日(土・日・祝日と重なる場合は翌開庁日)17時15分必着とします。

※請求者印を押印する場合は請求者印で訂正してください。省略する場合は二重線で訂正してください。ただし、合計金額の訂正はできません。