

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

〒

所在地

名称

医療機関(請求者)

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
自己負担あり	5,877 円		ア 65歳	件	円
			イ 60～64歳 (確認証が必要)	件	
自己負担なし (生活保護受給者)	8,877 円		ア 65歳	件	円
			イ 60～64歳 (確認証が必要)	件	

合計

円

(合計 ÷ 11)

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。

※訂正がある場合、請求者印を押印したときは請求者印で訂正してください。請求者印を省略したとき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。