

山陽小野田市定期予防接種（B類疾病）委託料請求書

令和 年 月 日

山陽小野田市長 宛

医療機関所在地 〒

(請求者)

医療機関名

代表者名(肩書・氏名)

請求金額 _____ **円**

令和 年 月分 定期予防接種（B類疾病）委託料として、予診票を添えて請求します。

(内 訳)

種類	内 訳		単価	件数	金額	
成人用 肺炎球菌	予防接種	高齢者	65歳	6,649円	件	円
			60歳以上65歳未満		件	円
		生活保護 受給者	65歳	9,509円	件	円
			60歳以上65歳未満		件	円
	予診のみ	65歳		1,375円	件	円
		上記以外			件	円
高齢者 インフルエンザ (10月開始)	予防接種	高齢者	65歳以上	3,460円	件	円
			60歳以上65歳未満		件	円
		生活保護 受給者	65歳以上	4,950円	件	円
			60歳以上65歳未満		件	円
	予診のみ	65歳以上		1,375円	件	円
		上記以外			件	円

なお、支払に当たっては、下記の口座に振込をお願いします。

銀行 信用金庫 組合	本店・支店	口座番号(普通 ・ 当座)					
	出張所 本所・支所						
口座 名義	カナ						
	名義人						
(※振込先の口座情報をスタンプで押印される場合はこちらの枠内をお願いします)							

(注) 口座名義の記入にあたっては、金融機関に御登録されている口座情報を必ず御確認ください。