

かすみがうら市インフルエンザ予防接種実績兼請求書(1歳～義務教育学校9年生用)

令和 年 月 日

かすみがうら市長

医療機関名

住所

代表者名

印

発行責任者名

令和 年 月分を下記のとおり報告及び請求いたします。

記

区分	人 数(名)	単 価	金 額(円)
インフルエンザ(小児)		2,000円	
予診のみ		1,400円	
個人負担免除者		()円	
個人負担免除者(予診のみ)		()円	
合計			

※翌月6日までに提出してください。

※予診のみで接種できなかった場合も、予診票を提出してください。

※個人負担免除者については、生活保護受給証明書を添付してください。

振込先

銀行名:		支店名:	
口座の種類 ※○で囲む。	普通 当座	口座番号:	
口座名義人	フリガナ		