かすみがうら市インフルエンザ予防接種報告書兼請求書（任意接種　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

発行責任者名　　印

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			

※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 ※〇で囲む。	普通　当座	口座番号：
口座名義人	フリガナ	