

平成 年 月 日

国頭村長 様

医療機関所在地  
医療機関名  
代表者名

印

### 新型インフルエンザ予防接種料請求書

請求金額 \_\_\_\_\_ 円

(消費税及び地方消費税を含む。)

平成 年 月分予防接種料として、必要書類を添えて請求します。

#### 内 訳

予防接種の区分		接 種 料 金		
		件数	単価	金 額
1 回 目		件	円 3,600	円
2 回 目	1回目と同一医療機関	件	円 2,550	円
	1回目と異なる医療機関	件	円 3,600	円

口座振替先	普通 当座	銀 行 信用金庫 組 合	支 店 金 庫 出張所
	口座番号		(フリガナ) 口座名義人

- ※ 口座名義人のフリガナは必ず記入してください。
- ※ 請求代表者と口座名義人が異なる場合は、委任状が必要です。