様式２

高齢者インフルエンザ予防接種（定期接種）相互乗り入れ

委 託 料 請 求 書

請求金額　金　　円

令和　　年　　月分の予防接種相互乗り入れ委託料として、別紙予診票を添えて請求いたします。

内　　訳

項　　目	件　数（件）	単　　価（円）	金　　額（円）
インフルエンザ（一般）			
インフルエンザ（生活保護等）			
予診のみ			
合　　計			

令和　　年　　月　　日

市町村長

住　　所
医療機関名
施 設 長 名　　㊞

口 座 振 替

信 用 金 庫　　支店　　口座番号　（普 ・ 当）
銀行、　組合　　支所

（フ リ ガ ナ） **口 座 名 義**	