

令和 年 月 日

太良町長 永 淵 孝 幸 様

医療機関名
代 表 者 名 印

令和7年度
太良町子ども等インフルエンザ予防接種委託料請求書(月分)

請求金額 金 円

インフルエンザ予防接種委託料として上記金額を請求します。

算定基礎

区 分	単 価	自己負担	件 数	請求金額
インフルエンザ 予防接種	2,000円	有	件	円
	円	無	件	円
合 計			件	円

※ 自己負担無の単価には請求する金額を記入してください。

【内訳】	注射	件
	経鼻	件

振込先 ☐ 変更なし

金融機関名	銀行・金庫 信用組合 農協・組合		本店・支店・本所 支所・出張所
種類	普通・当座	口座番号	
フリガナ			
口座名義			

※ 振込先に変更がない場合は、☐に✓をご記入ください。