

# 令和6年度 高齢者インフルエンザ予防接種委託料請求書

(令和 年 月分)

## 接種者の年齢内訳

	課税世帯	低所得者（非課税世帯 および生活保護世帯の方）
満65歳以上の接種者	名	名
満60歳から満65歳未満の接種者（一定の障害を有する者）	名	名
合 計	⑦ 名	⑧ 名

## 請求内訳

単 価	接種者数	請求金額
課税世帯	⑦ 名	円
低所得者（非課税世帯および生活保護世帯の方）	⑧ 名	円
接種不可	⑨ 名	円

請求総額 \_\_\_\_\_ 円

上記の通り関係書類を添えて請求します。

( ) 市町長様

令和 年 月 日

住 所  
医療機関名  
肩書・代表者名

## 口座振込先

金 融 機 関 名	銀行 農協
支 店 名	支店
口 座 種 別	普通 ・ 当座
口 座 番 号	
フ リ ガ ナ	
口 座 名 義 人	
電 話 番 号	
担 当 者 名	

# 令和6年度 高齢者新型コロナウイルス感染症予防接種委託料請求書 (令和 年 月分)

接種者の年齢内訳

	課税世帯	低所得者（非課税世帯 および生活保護世帯の方）
満65歳以上の接種者	名	名
満60歳から満65歳未満の接種者（一定の障害を有する者）	名	名
合 計	⑦ 名	① 名

請求内訳

単 価	接種者数	請求金額
課税世帯	⑦ 名	12,076円 円
低所得者（非課税世帯および生活保護世帯の方）	① 名	15,076円 円
接種不可	② 名	1,527円 円

請求総額 \_\_\_\_\_ 円

上記の通り関係書類を添えて請求します。

( ) 市町長様

令和 年 月 日

 住 所  
 医療機関名  
 肩書・代表者名

口座振込先

金融機関名	銀行 農協
支店名	支店
口座種別	普通 ・ 当座
口座番号	
フリガナ	
口座名義人	
電話番号	
担当者名	

# 令和6年度 八女市高齢者用肺炎球菌予防接種委託料請求書

(令和 年 月分) ※令和6年10月以降接種分

市・町 確認欄

## 接種者の年齢内訳

	自己負担金徴収者	自己負担金免除者
接種日時点の年齢が65歳の接種者	名	名
接種日時点の年齢が60歳～65歳未満の接種者のうち、一定の障害を有する者	名	名
合計	⑦名	①名

## 請求内訳

単 価	被接種者数	請求金額
自己負担金徴収者	⑦名	円
自己負担金免除者	①名	円
接種不可	名	円

請求総額 円

上記のとおり関係書類を添えて請求します。

( ) 市町長様

令和 年 月 日

住 所

医療機関名

肩書・代表者名

## 口座振込先

金融機関名	銀行 農協
支店名	支店
口座種別	普通・当座
口座番号	
フリガナ	
口座名義人	
電話番号	
担当者名	