様式第５号（第５条第１項関係）　　（糟屋地区用）

令和８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　　日

長　殿

医療機関住所
医療機関名
代表者名　　印

振込先	金融機関名		銀行 信用組合 信用金庫 農協	支店 本店
	預金種別	普通　　当座	口座番号	
	（フリガナ）			
	口座名（漢字）			

次のとおり予防接種委託料を請求します。

（令和　　年　　月分）

予防接種の種類及び単価		予診票の枚数	請求金額
高齢者インフルエンザ （一般）	３，５８１円	枚	円
高齢者インフルエンザ （減免対象者）	５，１８１円	枚	円
不可予診	３，２０１円	枚	円
請求金額（合計）		枚	円

※上記の請求金額には消費税等を含む。
※請求は、月締めで翌月１０日までに行う。
※減免対象者とは、生活保護世帯に属する者及び中国残留邦人等支援給付の受給者とする。