

令和7年度 高齢者用肺炎球菌予防接種請求書(広域)

A4サイズを使用

善通寺市長 様

令和 年 月 日

請求日を記入してください。
(注)接種月の末日までに請求書を作成した場合、請求日は翌月にしてください。
(例)接種月が1月の場合
請求日:2月1日以降でおねがいします。

債権者 住 所
医療機関名
氏 名
(代表者の職氏名)

下記のとおり請求します。

請求金額 0 円

(ただし、令和 年 月分 高齢者用肺炎球菌)

請求書への押印について

□押印される場合

- ・請求書下部の「責任者氏名・担当者氏名・連絡先」の記載は不要です。
- ・債権者登録の代表者名の印鑑を使用する。
- ・文字が読めない、二重に押印している場合は不可となります。

□押印を省略する場合

- ・請求書下部の「責任者氏名・担当者氏名・連絡先」の記載が必要です。
- ・「責任者氏名」欄及び「担当者氏名」欄
所属名・役職名・氏名(フルネーム)を記載
- ・「連絡先」欄
固定電話としてください。
固定電話を設置していない場合は、携帯電話番号をしてください。

区 分	単価	件	円
高齢者用肺炎球菌	生活保護法による生活保護を受けている者・市民税非課税世帯	7,900 円	
	自己負担(2,000円)ありの者	5,900 円	件 円
合 計		0 件	0 円

人数の合計を記入

金額の合計を記

責任者氏名
担当者氏名
連絡先

※請求者の押印(債権者登録の法人代表者印又は個人印)をされない場合は、責任者及び担当者の氏名並びに連絡先の記載が必要です。