

令和8年度 インフルエンザ(65歳以上) 予防接種請求書
(広域)

善通寺市長 様

令和 年 月 日

債権者 住 所
医 療 機 関 名
氏 名 ⑩
(代表者の職氏名)

下記のとおり請求します。

請 求 金 額 円 也

(ただし、令和 年 月分 インフルエンザ(65歳以上) 予防接種委託料)

区 分		単価	件数	金額
インフルエンザ (65歳以上)	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	4,700 円	件	円
	自己負担(1,000円)ありの者	3,700 円	件	円
合 計			件	円

責任者氏名
担当者氏名
連 絡 先

※請求者の押印(個人印又は法人代表者印)がある場合は、
責任者及び担当者の氏名並びに連絡先の記載は不要です。