

令和8年度 新型コロナウイルス感染症予防接種請求書
(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
(代表者の職氏名)

印

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 新型コロナウイルス感染症予防接種委託料)

区 分		単価	件数	金額
新型コロナウイルス 感 染 症	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	15,600 円	件	円
	自己負担(4,600円) ありの者	11,000 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。