定期予防接種

様式第４号（第９条関係）

請　　求　　書

金　　　　　　　　　　　円

【　　　　年　　月分】

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| ワクチンの種類 | 区　分 | 対象者 | 単　価 | 被接種者数 | 金　額 |
| 帯状疱疹ワクチン | 生ワクチン | 生活保護受給者 | 　　　　円 | 人 | 円 |
| 上記以外の者 | 円 | 人 | 円 |
| 不活化ワクチン | 生活保護受給者 | 円 | 人 | 円 |
| 上記以外の者 | 円 | 人 | 円 |
| 合計 |  |  |  |  |

　ただし、帯状疱疹ワクチン接種に係る委託料として上記金額を請求します。

　　　年　　　月　　　日

　川根本町長　様

受託医療機関　　住　　所

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　名　　称

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　代表者名

口座振替先金融機関

口座種別

口座番号

口座名義人（フリガナ）

【添付書類】

　帯状疱疹ワクチン接種券