

【B類予防接種】

令和 年 月 日

上野原市長 あて

所在地

医療機関名

代表者名

印

高齢者インフルエンザ及び肺炎球菌予防接種料金請求書

【令和 年 月実施分】

請求金額									円
------	--	--	--	--	--	--	--	--	---

【内 訳】

高齢者インフルエンザ	接種者数	市の助成金	小計
65歳以上	人	2,500 円	円
60歳～65歳未満	人		円
生活保護世帯	人	(実額) 円	円
計	人	円	円

※生活保護世帯等の助成金額の上限:4,100円

高齢者肺炎球菌	接種者数	市の助成金	小計
65歳以上	人	4,000 円	円
60歳～65歳未満	人		円
生活保護世帯	人	(実額) 円	円
計	人	円	円

※生活保護世帯等の助成金額の上限:8,200円

【振込先口座情報】

金融機関名及び支店名	銀行・金庫 組合・農協	本店・支店 支所・出張所
口座種別	普通・当座	
口座名義人	(カタカナ)	
口座番号		

検収: 印

伝票番号