

インフルエンザ・新型コロナウイルス感染症予防接種公費負担請求書 (月分)

年 月 日

霧島市長 中重真一 殿

所在地
名称
代表者職氏名

㊞

貴市との委託契約にもとづくインフルエンザ・新型コロナウイルス感染症予防接種を下記のとおり実施したので、標記公費負担分について予診票等を添付して報告し、請求します。

	対象者	助成額	人数	合計
インフルエンザ	A 65歳以上	2,080円	名	円
	B 60~64歳で 身体障害者手帳1級相当	2,080円	名	円
	C 生活保護受給者 65歳以上	3,760円	名	円
	D 生活保護受給者60~64歳 (身体障害者手帳1級相当)	3,760円	名	円
	① 計		名	円

	対象者	助成額	人数	合計
新型コロナ	A 65歳以上	12,180円	名	円
	B 60~64歳で 身体障害者手帳1級相当	12,180円	名	円
	C 生活保護受給者 65歳以上	15,300円	名	円
	D 生活保護受給者60~64歳 (身体障害者手帳1級相当)	15,300円	名	円
	② 計		名	円

① + ② = 一金 円也

【振込先】

金融機関名		支店等					
銀行 信組・農協 信金・労金		支店					
預金種目			口座番号				
1. 普通	2. 当座	3. その他					
口座名義人							
(フリガナ)							

※上記の請求金額について予診票を確認のうえ、この請求書を受け取ってから30日以内に上記の振込先にお振り込み下さい。