

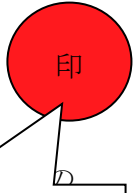
インフルエンザ・新型コロナウイルス感染症予防接種公費負担請求書（●月分）

記入例

●年 ●月 ●日

霧島市長 中重真一 殿

所在地 霧島市●●●●●●  
 名称 医療法人●●●●●●クリニック  
 代表者職氏名 理事長 ●●●●●●



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  
 とおり実施したので、標記公費負担分について予診票を添付して **※医療法人の場合は法人印**

	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	10名	20,800円
	B 60~64歳で 身体障害者手帳1級相当	2,080円	1名	2,080円
	C 生活保護受給者 65歳以上	3,760円	1名	3,760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			12名	26,640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

実施がない場合は斜線を引いてください。

① + ② = 一金 26,640 円也

【振込先】

金融機関名		金額の訂正はできません。誤っていた場合、請求書の差し替えになります。	
●●●	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) イ) ●●カイ●●●クリニックリジチヨウ●●●			
医療法人●●●会 ●●●●●●クリニック 理事長 ●●●●●●		フリガナも記入してください。	

※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。