

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

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 ●●●●●●

印

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

契約書と同じ印鑑を押印してください。
※医療法人の場合、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	8,500 円	名	円
	B	60～64 歳で 身体障害者手帳 1 級相当	8,500 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	

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。

金融機関名		銀行		支店	
●●●		信組・農協 信金・労金		●●●	
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●●●●●●●●●●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。