

請 求 書

(令和 7 年度)

金 額

	百万			千			
--	----	--	--	---	--	--	--

円

上 記 の 金 額 を 請 求 し ま す。

上記の請求金額を次の口座に振込み願います。

銀行 金庫	支店	口 座 番 号						
		普通 ・ 当 座						
		フリガナ						
		口座名義						

(※口座名義は正確に記入ください。)

令和 年 月 日

津 幡 町 長

住 所

医療機関名

氏 名 印

予防接種 令和 年 月分の接種券(予診票)を添えて請求します。

記

予防接種の種類	費用負担の別	単 価	件 数	金 額
インフルエンザ	費用負担あり	3,230 円	件	円
	費用負担なし	4,530 円	件	円
新型コロナ	費用負担あり	10,480 円	件	円
	費用負担なし	14,980 円	件	円
	合 計		件	円