

医療機関長 様

津幡町健康推進課感染症予防係

予防接種請求書の送付について

平素より津幡町保健事業にご協力を賜り厚くお礼申し上げます。
津幡町の令和8年度高齢者用肺炎球菌予防接種請求書を同封いたします。
請求書の提出については下記のとおりお願いいたします。

記

- 請求書はコピーしてお使いください。
- 請求書と接種券兼予診票を毎月ごとに、毎月10日までに送付ください。
- 令和9年3月接種分は、令和9年4月5日(月)までに請求書の提出をお願いいたします。

提出の際、ご確認いただきたいこと(裏面をご参照ください。)

- ・請求者の住所、氏名
- ・請求金額の記入
- ・代表者の印(シャチハタ等のスタンプ印は無効です。明瞭に押印してください。)

不備がある場合は書き直しを依頼する場合があります。

(問合せ先・請求書送付先)

〒929-0393

津幡町字加賀爪ニ3番地

津幡町役場 健康推進課 感染症予防係

TEL 288-7926

FAX 288-5646

請 求 書

(令和 8 年度)

金 額

	百万			千					
		¥	3	3	6	0	0		円

金額訂正不可

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。

選択して○を付ける		口 座 番 号							
北國銀行	本店	普通・当座	1	2	3	4	5	6	7
金庫	支店	フリガナ	(法人名)医療機関名 代表者肩書・代表者氏名まで記入						
		口座名義	イ) ツバタケ リジチョウ ケ 医療法人社団 津幡会 津幡医院 理事長 健康推進						

正式名称を記入
判子の場合は、はっきり分かる様に
押印願います。

(※口座名義は正確に記入ください。)

令和 8 年 6 月 1 日

(法人名)医療機関名
代表者肩書・代表者氏名まで記入

住 所 津幡町字

医療機関名 医療法人社団 津幡会

氏 名 津幡医院 理事長 健康推進 印

代表者印
(契約書と同印鑑)
法人印は不要

予防接種 令和 8 年 5 月分を接種券(予診票)を添えて請求します。

記

高齢者用肺炎球菌予防接種

費用負担の別	接種券の枚数を記入		金 額
	単 価	件 数	
費用負担あり	7,600 円	3 件	22,800 円
費用負担なし	10,800 円	1 件	10,800 円
合 計		13 件	33,600 円

金額訂正不可