

(大牟田市提出用)

インフルエンザ予防接種委託料請求書

(平成 年 月分)

区 分		委 託 料	件 数	金 額	備 考
接種者	一部負担金 徴 収	3,344			
	一部負担金 免 除	4,344			
不可者		2,820			
合 計					

※ 一部負担金免除者は、必ず該当する証明書（保護受給証明書）を予診票に添付してください。

上記のとおり請求します。

平成 年 月 日

医療機関コード番号

医療機関所在地

名 称

開設者の氏名または名称

印

大 牟 田 市 長 殿