

令和 年 月 日

滝沢市長 武田 哲 様

(実施医療機関)

所在地

名称

代表者名

印

電話番号

(振込先情報)

金融機関名

銀行・信金・農協

本店・支店・出張所

口座番号 (普通) 当座)

フリガナ

口座名義人

インフルエンザ予防接種委託料実施報告書兼請求書

下記、委託料を請求します。

請求金額		円	(令和 年 月分)
内訳	種別	税込金額	消費税額
	10%対象	円	円

区分	接種対象	接種回数	接種者数 (人) (A)	単価(円) (税込み) (B)	税込金額(円) (C) (C) = (A) × (B)	
高齢者	低所得者以外 (契約書第8条第1号)	60歳以上65歳未満 (身体障害者手帳1級)	1回目	2,200		
		65歳以上	1回目	2,200		
	低所得者 ※3 (契約書第8条第2号)	60歳以上65歳未満 (身体障害者手帳1級)	1回目			
		65歳以上	1回目			
小児等 (契約書第8条第3号)	生後6月～中学3年生	1回目		2,000		
		2回目		2,000		
合計						

※1 実施月ごとにまとめ、接種券(予診票)を添付のうえ、滝沢市へ提出願います。

※2 請求の遅延や、請求漏れがあった場合は、滝沢市に協議してください。(任意様式可)

※3 区分が「高齢者・低所得者」の単価は、医療機関の設定額です。ただし請求の上限額は、5,130円とします。