

予防接種に関する業務委託 請求書(令和7年度インフルエンザ)

(令和 年 月分)

令和 年 月 日

(宛先)鈴鹿市長

所在地

名称

代表者

電話番号

請求金額 _____ 円

上記のとおり請求します。

検収日	令和 年 月 日	
-----	----------	--

請求内訳

対象 区分	一般	小計	生活保護	小計	予診 のみ	小計
		@3,200		@4,400		@1,500
65 歳 以上	人	円	人	円	人	円
60～ 65 歳 未満	人	円	人	円	人	円
小計	人	① 円	人	② 円	人	③ 円
合計	①+②+③ 円					

※60 歳～65 歳未満の区分は、医師の認定書等の提出が必要です。予診票に添付してください。
※予診のみとは、診察の結果、接種が出来なかった方が対象です。(一人一回限り)
※表面の請求金額には、合計額を記載してください。