令和8年度　川越町高齢者肺炎球菌ワクチン予防接種報告書兼委託料請求書

請求金額　　円

予防接種法に基づく予防接種を実施しましたので、上記の金額を請求します。（但し　　月分）

請求明細

区　　分	件　数	税込単価(円)	金額(円)
有料対象者		8,281円	円
無料対象者		11,781円	円
予診のみ		3,201円	円
請求金額(税込)			円

※有料対象者の税込み単価(円)は、委託料から自己負担金3,500円を差し引いた額となります。

川 越 町 長　様　　令和　　年　　月　　日

（医療機関）

住　　所

医療機関名

氏　　名　　㊞

振 込 先 金 融 機 関 名	預金種目	口座番号	口座名義人
銀行　　支店 金庫　　支店 農協　　支所	普通 当座		(ふりがな)

※翌月の10日までに予診票と併せてご提出ください。