

# 令和8年度 光市広域予防接種業務(B類疾病肺炎球菌感染症)委託料請求書

令和 年 月 日

光市長 様

医療機関所在地

医療機関名

代表者名

(担当者名: )

直通電話:

(法人の場合:法人名、代表者名)

金 円

令和8年度 月分を上記のとおり請求します。  
(請求内訳)

区分	委託料単価 (円)	①65歳 該当者 (人)	②60～64歳の 障害を有する 者 (人)	③66歳以上の 障害を有する 者 (人)	合計(人)	金額(円)
一般	8,200	人	人	人	人	円
生活保護受給者	11,720	人	人	人	人	円
予診のみ	1,397	人	人	人	人	円
合計					人	円

・②③については、該当要件を満たす者のみ対象

なお、支払にあたっては下記口座に振込をお願いします。

銀行 信用金庫 組合	支店 支所
普通・当座	口座名義人(カタカナ)
口座番号	

\* 口座名義人は、金融機関に登録してある名称をカタカナでご記入ください。