

様式 ②

令和4年度 山梨県高齢者等インフルエンザ予防接種促進事業
()月分 自己負担額請求書

令和 年 月 日

(一社)山梨県医師会長 殿

所在地 〒

医療機関名

代表者名

印

連絡先

金額 円

令和4年度山梨県高齢者等インフルエンザ予防接種促進事業に係る自己負担額を上記のとおり請求いたします。

<添付資料> ・同意書

・インフルエンザ予防接種予診票の写し

請求額の内訳は下記のとおりであり、内容に相違ないことを確認しました。

なお、自己負担額の支払いを受けた後に金額の誤りが判明した場合には、返金等の手続きに応じることを誓います。

支払いは下記預金口座への振込としてください。

【内訳】

市町村	予防接種費用(円) (a)②	市町村公費負担額(円) (b)	自己負担額(円) (c) = (a) - (b)	接種人数(人) (d)	請求額(円) (c) × (d)
例 ○○市	3,500	2,500	1,000	10	10,000
			0		0
			0		0
			0		0
			0		0
				計	0

振込先銀行	普通・当座	口座番号
銀行	支店	
口座名義(ふりがな)		

