

令和4年度 インフルエンザワクチン接種請求書

琴平町長 片岡 英樹 様

令和 年 月 日

住 所

医療機関名

代表者名

印

下記の通りご請求いたします。

請求金額

円也

(ただし、令和 年 月分 インフルエンザワクチン接種料)

区 分	単 価	件 数	金 額
生活保護受給者 町民税非課税世帯	5,100円		円
自己負担 1,000円	4,100円		円
自己負担返戻分	1,000円		円
予診の結果、接種を行えなかった場合	1,790円		円
合 計			円

高齢者インフルエンザ予防接種 被接種者名簿

No.

令和 年 月分

医療機関名

琴 平 町

医師 氏名

印

番号	接種者名	生 年 月 日	接種年月日	区分	使用ワクチン ロットNo	自己負担1000円 費用免除該当者 ○印	備考
1		大 昭				1000円 ・ 免除	
2		大 昭				1000円 ・ 免除	
3		大 昭				1000円 ・ 免除	
4		大 昭				1000円 ・ 免除	
5		大 昭				1000円 ・ 免除	
6		大 昭				1000円 ・ 免除	
7		大 昭				1000円 ・ 免除	
8		大 昭				1000円 ・ 免除	
9		大 昭				1000円 ・ 免除	
10		大 昭				1000円 ・ 免除	
11		大 昭				1000円 ・ 免除	
12		大 昭				1000円 ・ 免除	
13		大 昭				1000円 ・ 免除	
14		大 昭				1000円 ・ 免除	
15		大 昭				1000円 ・ 免除	
16		大 昭				1000円 ・ 免除	
17		大 昭				1000円 ・ 免除	
18		大 昭				1000円 ・ 免除	
19		大 昭				1000円 ・ 免除	
20		大 昭				1000円 ・ 免除	
21		大 昭				1000円 ・ 免除	
22		大 昭				1000円 ・ 免除	
23		大 昭				1000円 ・ 免除	
24		大 昭				1000円 ・ 免除	
25		大 昭				1000円 ・ 免除	

- 区分 1. 65歳以上の者
2. 60歳以上65歳未満の者で、心臓、じん臓又は呼吸器の機能等に障害を有する者

費用免除者 () 名 × 5,100円 =

自己負担1000円 () 名 × 4,100円 =

合計 _____ 名 _____ 円