

# 請 求 書

一金

円也

ただし、これは令和 年 月分の高齢者の肺炎球菌ワクチン接種委託料として

内 訳

接種者 @ 11,300円 × 人 = 円

内	負担者	4,400円	人
		1,800円	人
	負担免除者		人

上記のとおり請求します。

令和 年 月 日

所在地

医療機関名

職 氏 名

米子 市長 様