

米子市・B類定期接種

# 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 @ 8,050円 × \_\_\_\_\_ 人 = \_\_\_\_\_ 円

内	{	負 担 者	<table border="0" style="width: 100%;"> <tr> <td style="border-bottom: 1px solid black;">2,400円</td> <td style="border-bottom: 1px solid black; text-align: right;">人</td> </tr> <tr> <td style="border-bottom: 1px solid black;">800円</td> <td style="border-bottom: 1px solid black; text-align: right;">人</td> </tr> </table>	2,400円	人	800円	人
		2,400円	人				
	800円	人					
負担金免除者	人						

上記のとおり請求します。

令和 \_\_\_\_ 年 \_\_\_\_ 月 \_\_\_\_ 日

住 所

医療機関名

氏 名

\_\_\_\_\_ 米 子 \_\_\_\_\_ 市 長 様