

令和7年度高齢者インフルエンザ予防接種請求書

令和 年 月 日

石川県能美郡川北町長

所在地

名称

医療機関の長

印

登録番号

請求金額 円也

但し下記予防接種に要した費用として必要書類を添えて請求します。

(月分請求内訳)

予 防 接 種 名	単 価(税込)	人 数	金 額(税込)
インフルエンザ(B類定期接種)	4,350円		円
10%対象 合 計			円
内 10%対象 消費税※			円

※端数は切捨て

「振込先」 取引銀行
種目・口座番号
ふりがな
名義人名

令和7年度高齢者インフルエンザ予防接種請求書

令和 年 月 日

石川県能美郡川北町長

所在地

名称

医療機関の長

印

登録番号

請求金額 円也

但し下記予防接種に要した費用として必要書類を添えて請求します。

(月分請求内訳)

予 防 接 種 名	単 価(税込)	人 数	金 額(税込)
インフルエンザ(B類定期接種)	4,350円		円
10%対象 合 計			円
内 10%対象 消費税※			円

※端数は切捨て

「振込先」 取引銀行
種目・口座番号
ふりがな
名義人名