

伊 予 市 長 様

医療機関所在地
医 療 機 関 名
代 表 者 名

印

令和7年度 高齢者インフルエンザ及び新型コロナウイルス感染症
予防接種委託料請求書

請求金額 円

（消費税及び地方消費税を含む。）

令和7年度 月分予防接種委託料として、予診票等必要書類を添えて請求します。
内 訳

種類	区 分	単価（円）	件数	金額（円）
インフル エンザ	一 般※	3,901		
	自己負担金徴収不要者 （生活保護等）	5,401		
新型コロナ ウイルス 感染症	一 般	11,100		
	自己負担金徴収不要者 （生活保護等）	15,600		
予 診 の み		2,030		
合 計				

※インフルエンザについて、愛南町に請求する場合は、自己負担額が0円のため、「一般」の欄は使用せず、「自己負担金徴収不要者」の欄に全員記入すること。

口座振替先	銀 行 信用金庫 組 合	本 店 支 店 支 所 出張所	普通 当座
	口座番号	(フリガナ) 口座名義人	

- ※ 初めて請求を行う際には、各市町が定める口座振替申込書兼債権者登録票を添付してください。（様式等詳細については、各市町の担当までお問合せください。）
- ※ フリガナは必ず記入してください。
- ※ 請求代表者と口座名義人が異なる場合は、委任状が必要です。（様式等詳細については、各市町の担当までお問合せください。）