

インフルエンザ予防接種 実施報告書兼請求書

令和 年 月 日

南大隅町長 殿

住所
病院名
代表者

印

請求金額 円(月分)

No.	種 別・種 類	単 価	人 数	金 額
1	13 歳未満の住民	2,000		
2	13 歳以上 65 歳未満の住民	2,000		
3	65 歳以上の住民	2,000		
4	65 歳以上の生活保護者			
	計			

振 込 先	銀行名	
	口座番号	
	口座名義	