

令和8年度 季節性インフルエンザワクチン  
( )月分 予防接種費用請求書

年 月 日

※該当する市町村を○で囲んでください

富士吉田市長 様 山中湖村長 様  
道志村長 様 鳴沢村長 様  
西桂町長 様 富士河口湖町長 様  
忍野村長 様

医療機関名

印

インボイス番号

金額

円

予防接種代金を上記のとおり請求いたします。

(単位:円)

| 区分                                     | 人数 | 単価                | 金額 |
|----------------------------------------|----|-------------------|----|
| 定期B類に該当する者                             |    | 2,500円            |    |
| 定期B類に該当する者<br>(生活保護)                   |    | 全額<br>( )         |    |
| 生後6月以上高校3年生相当以下<br>1回目                 |    | 限度額 2,500円        |    |
| 生後6月以上高校3年生相当以下<br>2回目                 |    | 限度額 1,500円        |    |
| 2歳以上高校3年生相当以下<br>フルミスト                 |    | 限度額 4,000円        |    |
| 重度障害者(富士吉田市のみ)<br>(18歳(高校生を除く。)-60歳未満) |    | 2,500円            |    |
| 合計人数                                   |    | 合計金額<br>(税込金額)    | ¥  |
|                                        |    | 税率10%対象<br>(税抜金額) |    |
|                                        |    | 消費税額              |    |

として上記のとおり請求いたします。 支払金は下記預金口座に振り替えてください。

|                    |  |                      |                             |                                     |
|--------------------|--|----------------------|-----------------------------|-------------------------------------|
| 振込先金融機関名・支店名(ふりがな) |  | 銀行<br>金庫<br>組合<br>農協 | 支店<br>本店<br>出張所<br>本所<br>支所 | 検収                                  |
| 金融機関コード            |  | 支店コード                |                             | 上記のことについて検査したところ、<br>相違ないことを確認しました。 |
| 当座 ・ 普通            |  | 口座番号                 | 債権者番号                       | 印                                   |
| 口座名義 (ふりがな)        |  | 納品年月日                | 受領者                         |                                     |
|                    |  | 検収年月日                | 物品取扱者                       |                                     |