

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

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 (生活保護)		全額 ()	
重度障害者(富士吉田市のみ) (18歳(高校生を除く。)-60歳未満)		2,500円	
合計人数		合計金額 (税込金額)	¥
		税率10%対象 (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 金庫 組合 農協	支店 本店 出張所 本所 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、 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	