

令和7年度

## 高齢者肺炎球菌予防接種請求書

下松市長様

(金額頭部に¥を記入)				万	千	百	十	円
請求金額								

(消費税10%含む)

令和 年 月分を上記のとおり請求します。

(R7.4月~R8.3月)

令和 年 月 日

登録番号

医療機関所在地

(法人名)

医療機関名

代表者名

(請求内訳)

種目	単価	件数	合計
高齢者肺炎球菌	9,574円		
予診のみ	1,397円		
自己負担金徴収	2,870円		
差し引き額			
内消費税(消費税10%)			

担当者名

※担当者名と連絡先を必ずご記入ください。

連絡先

担当者処理欄

証明

