（様式１）

請　求　書

金額　　円

肺炎球菌ワクチン及び帯状疱疹ワクチン、並びにインフルエンザワクチン及び新型コロナワクチンの　　年　　月接種分について、上記の金額を請求します。

（内訳）

肺炎球菌ワクチン予防接種	５，９００円×	人＝	円
〃　（免除）	０円×	人＝	円
帯状疱疹予防接種	４，４００円×	人＝	円
〃	１１，０００円×	人＝	円
〃　（免除）	０円×	人＝	円
インフルエンザ予防接種	２，６００円×	人＝	円
〃　（免除）	０円×	人＝	円
新型コロナワクチン予防接種	７，８００円×	人＝	円
〃　（免除）	０円×	人＝	円

年　　月　　日

早川町長　　深沢　　肇　　殿

医療機関名

氏　　名　　印

※金融機関名	銀行　　支店	
※口座番号	当　座　・　普　通	No.
※口座名義人(フリガナ)		

上記について検査したところ相違ないことを確認しました。

年　　月　　日

早川町役場　福祉保健課　　職氏名　　印