

※医療機関向け

令和7年度菰野町高齢者インフルエンザ予防接種委託料請求書が不足した場合、役場 健康福祉課(TEL059-391-1126)に  
問い合わせさせていただき、下記の画像を印刷し、上下必要箇所を記入・押印いただき、菰野町役場まで送付してください。

令和7年度菰野町高齢者インフルエンザ予防接種委託料請求書

令和 年 月 日



請求金額 (=①+②-③) 円

(令和 年 月分)

| 請求内訳           | 単 価        | 件 数               | 金 額 |
|----------------|------------|-------------------|-----|
| 委託料(10%税込)     | 4, 4 1 3 円 | 件                 | 円 ① |
| 予診の結果接種できなかった者 | 1, 9 0 7 円 | 件                 | 円 ② |
|                |            | ①+②               | 円   |
| 自 己 負 担 金      | 1, 2 0 0 円 | 件                 | 円 ③ |
|                |            | 差引後金額<br>(=①+②-③) | 円 ※ |

上記のとおり請求いたします。(ただし、当院収納済みの接種者自己負担金を相殺した  
上記差引後金額(※)をお支払いください。)

(医療機関)

債権者 No.

1

菰 野 町 長 宛

住 所

医療機関名

氏 名

町

控

印

令和7年度菰野町高齢者インフルエンザ予防接種委託料請求書

令和 年 月 日



請求金額 (=①+②-③) 円

(令和 年 月分)

| 請求内訳           | 単 価        | 件 数               | 金 額 |
|----------------|------------|-------------------|-----|
| 委託料(10%税込)     | 4, 4 1 3 円 | 件                 | 円 ① |
| 予診の結果接種できなかった者 | 1, 9 0 7 円 | 件                 | 円 ② |
|                |            | ①+②               | 円   |
| 自 己 負 担 金      | 1, 2 0 0 円 | 件                 | 円 ③ |
|                |            | 差引後金額<br>(=①+②-③) | 円 ※ |

上記のとおり請求いたします。(ただし、当院収納済みの接種者自己負担金を相殺した  
上記差引後金額(※)をお支払いください。)

(医療機関)

債権者 No.

1

菰 野 町 長 宛

住 所

医療機関名

氏 名

町

控

印

|               |
|---------------|
| 菰 野 町<br>受付者印 |
|               |
| 確 認 印         |
|               |