

年 月 日

所在地 名称	代表者職氏名

印

記

	対象者		助成額	人数	合計
A	65 歳以上	生ワクチン (ビケン)	4,600 円	名	円
		組換えワクチン (シングリックス)	11,620 円	名	円
B	60～64 歳 (身体障害者手帳 1 級相当)	生ワクチン (ビケン)	4,600 円	名	円
		組換えワクチン (シングリックス)	11,620 円	名	円
C	生活保護 65 歳以上	生ワクチン (ビケン)	8,620 円	名	円
		組換えワクチン (シングリックス)	21,800 円	名	円
D	生活保護 60～64 歳 (身体障害者手帳 1 級相当)	生ワクチン (ビケン)	8,620 円	名	円
		組換えワクチン (シングリックス)	21,800 円	名	円
計				名	円

A+B+C+D = 一金 円也

金融機関名		支店等							
銀 行 信組 ・ 農協 信金 ・ 労金									
預 金 種 目		口 座 番 号							
1. 普通	2. 当座	3. その他							
口 座 名 義 人									
(フリガナ)									

※上記の請求金額について予診票を確認のうえ、この請求書を受け取ってから30日以内に、
上記の振込先にお振り込み下さい。