

以下のとおり請求します。
(提出先) 奈良市長

医療機関名

所在地

代表者名

印

接種医師名

T E L

令和
平成

年

月分

予防接種法定期予防接種報告書及び接種料金請求書

被接種者人数	人
--------	---

接種内容は別添「予診票」のとおり

請求金額	金 額 円
------	-------

成人用肺炎球菌予防接種	接 種	65歳の人	人
		60歳以上65歳未満で障害のある人	人
	未 接 種	65歳の人	人
		60歳以上65歳未満で障害のある人	人
	合 計	65歳の人	人
		60歳以上65歳未満で障害のある人	人

※請求金額は、相手方登録の指定口座に振り込みます。

※「65歳の人」は、経過措置対象も含まれます。