

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 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 円	
インフル エンザ	接種	65歳以上の人	人
		60歳以上65歳未満で障害のある人	人
	未接種	65歳以上の人	人
		60歳以上65歳未満で障害のある人	人
	合計	65歳以上の人	人
		60歳以上65歳未満で障害のある人	人
振り込み先		銀行名・支店名	
		フリガナ	
		口座名義	
		種別・口座番号	普通・当座・(その他)