

# 請 求 書

令和 年 月 日

東串良町長 殿  
(福祉課扱い)

下記の金額を請求します。

請求額 \_\_\_\_\_ 円

住 所

氏 名

印

## 請求内訳

令和 年 月分 新型コロナワクチン接種費等

区分	種類	単 価	請求件数	金 額
予診のみ	6歳未満 (時間外、休日分除く)	2,420円	件	円
	6歳未満 (時間外)	3,223円	件	円
	6歳未満 (休日)	4,763円	件	円
	6歳以上 (時間外、休日分除く)	1,694円	件	円
	6歳以上 (時間外)	2,497円	件	円
	6歳以上 (休日)	4,037円	件	円
	小 計			件
接 種	6歳未満 (時間外、休日分除く)	3,003円	件	円
	6歳未満 (時間外)	3,806円	件	円
	6歳未満 (休日)	5,346円	件	円
	6歳以上 (時間外、休日分除く)	2,277円	件	円
	6歳以上 (時間外)	3,080円	件	円
	6歳以上 (休日)	4,620円	件	円
	小 計			件
合計金額				円

## 口座振替依頼書

下記の口座に振り込んでください。

金融機関名	銀行・信金・信組・農協・漁協・労金
支 店 名	本店・支店・支所・出張所
口座区分	1. 普通      2. 当座      3. その他(      )
口座番号	
口座名義人	