

(村指定)

令和8年度 清川村小児インフルエンザ予防接種助成分 請求書

(月分)

請 求 金 額			千			円
---------	--	--	---	--	--	---

請求内訳

接種方法	人数	助成額（単価）	金 額
皮下注射	人	1, 0 0 0 円	円
経鼻	人	2, 0 0 0 円	円
小 計			円

年 月 日

清 川 村 長 殿

債 権 者 住 所
医療機関名
代表者氏名

印

振 込 先	銀行	支店
	普通 ・ 当座	口座番号
	フリガナ	
	名義人	