

令和8年度光市広域予防接種業務(B類疾病インフルエンザ)委託料請求書

令和 年 月 日

光市長 様

(法人の場合:法人名、代表者名)
医療機関所在地

医療機関名

代表者名

(担当者名:)
(電話番号:)

金

令和8年度 ☐ 1期(10・11月) ☐ 2期(12・1・2月) 分を上記のとおり請求します。

(請求内訳)

区分	委託料 単価 (円)	接種者数			金額
		65歳以上	※60～65歳未満	計	
一般	3,460	人	人	人	円
生活保護 受給者	4,950	人	人	人	円
予診のみ	1,397	人	人	人	円
合計				人	円

※については、該当要件を満たす者のみ対象

なお、支払にあたっては下記の口座に振込をお願いします。

銀行 信用金庫 組合	支店 支所	口座種別 普通・当座	口座番号
口座名義人(カタカナ)			

* 口座名義人は、金融機関に登録してある名称をカタカナでご記入ください。
* 口座情報は請求書の提出ごとに必ず記入してください。

検収欄
年 月 日