

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 年 月分を上記のとおり請求します。

※接種翌月の10日までに提出ください。

(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				
生活保護 受給者	4,950				
予診のみ	1,397				
合計					

※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
普 通 ・ 当 座	口座名義人(カタカナ)
口座番号	

* 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