

令和7年度予防接種業務(風しん第5期)委託料請求書

令和 年 月 日

光市長 様

医療機関所在地

医 療 機 関 名

代 表 者 名

(担当者名:)

直通電話:

(法人の場合:法人名、代表者名)

金 円

令和7年度 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(人)	金 額(円)
麻しん風しん混合(MR)ワクチン	11,495	人	円
風しん単独ワクチン	7,953	人	円
予診のみ	1,397	人	円
合 計		人	円

なお、支払にあたっては下記口座に振込をお願いします。

銀 金 組	行 庫 合	本店・支店・出張所 本所・支所・店
普通 ・ 当座 ・ その他	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。

検 収
年 月 日