

(様式第1号)

風しん第5期予防接種委託料請求書⑧

年 月 日

(宛先) 大野城市長

所在地
名称
代表者氏名
電話

印

次のとおり予防接種業務委託料を請求します。

種類	委託料単価 (ワクチン代及び消費税等込)	予診票 枚数	請求金額
麻しん風しん混合(5期)	10,235円	枚	円
風しん(5期)	6,655円	枚	円
予診料 (接種不可者に対する予診及び指導料)	3,223円	枚	円
請求金額及び件数		枚	円

【金融機関振込依頼書】 ※予診票を合わせて提出してください。

振込先	銀行		支店			
	フリガナ	口座種別	普通・当座			
	口座名義	口座番号				

※市使用欄

検取者印

令和 年 月 日