

(様式第6号)

高齢者帯状疱疹予防接種業務委託料請求書⑧

年 月 日

(宛先) 市長

所在地  
名称  
代表者氏名  
電話

印

次のとおり、以下の書類を添えて予防接種業務委託料を請求します。

年 月分

種類		委託料単価 (ワクチン代及び消費税込)	予診票 枚数	請求金額
乾燥弱毒生水痘 ワクチン (生ワクチン)	自己負担金有	3,603円	枚	円
	自己負担金無	8,503円	枚	円
乾燥組換え帯状疱疹 ワクチン (不活化ワクチン)	自己負担金有	11,703円	枚	円
	自己負担金無	21,703円	枚	円
予診料		3,223円	枚	円
合計			枚	¥ 円

【添付書類】

- 1 高齢者帯状疱疹予防接種決定通知書(様式第2号)
- 2 高齢者帯状疱疹予防接種予診票(様式第3号)(ワクチンシール貼付)

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  
検収者印

年 月 日