

予防接種委託業務完了報告書及び委託料請求書

大蔵村長

様

住 所
医療機関・施設名
代表者職氏名
(電話番号: - -)

㊟

平成 年 月分の委託業務が完了したので、予防接種業務委託契約に基づき、平成 年 月分の委託料を請求します。

(内 訳) 請求金額 円

予防接種の種類		区 分	単 価	件 数	金 額
四種混合		一般 実費徴収を要しない者			
三種混合		一般 実費徴収を要しない者			
二種混合		一般 実費徴収を要しない者			
ポリオ		一般 実費徴収を要しない者			
麻しん・風しん混合	(Ⅰ期)	一般 実費徴収を要しない者			
	(Ⅱ期)	一般 実費徴収を要しない者			
日本脳炎	(Ⅰ期初回)	一般 実費徴収を要しない者			
	(Ⅰ期追加)	一般 実費徴収を要しない者			
	(特例)	一般 実費徴収を要しない者			
	(Ⅱ期)	一般 実費徴収を要しない者			
BCG		一般 実費徴収を要しない者			
麻しん	(単抗原)	一般 実費徴収を要しない者			
風しん	(単抗原)	一般 実費徴収を要しない者			
HPV		一般 実費徴収を要しない者			
ヒブ		一般 実費徴収を要しない者			
小児用肺炎球菌		一般 実費徴収を要しない者			
水痘		一般 実費徴収を要しない者			
B型肝炎		一般 実費徴収を要しない者			

債権者番号

口座振替 (送金) 払い依頼									
振替先	フリガナ			フリガナ					
	金融機関名			本・支店名			本店・支店		
	金融機関コード			店番号					
	フリガナ								
	口座名義								
	口座種別		普通・当座・その他 ()			口座番号			

(以下は市町村で記入)

大蔵村長

上記のとおり完了したことを証明します。

平成 年 月 日

検収者所属、職氏名

㊟