年　　月　　日

（別紙様式２）

**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。

**請求金額　　　　　　　　　　　　　　円**

（内　訳）

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 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