

(様式第 1 号)

風しん第 5 期予防接種委託料請求書⑦

年 月 日

(宛先) 大野城市長

所 在 地

名 称

代表者氏名

印

電 話

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)	1 0 , 2 1 3 円	枚	円
風 し ん (5 期)	6 , 6 3 3 円	枚	円
予 診 料 (接 種 不 可 者 に 対 す る 予 診 及 び 指 導 料)	3 , 2 0 1 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

検収者印

令和 年 月 日