

(様式第 6 号)

高齢者肺炎球菌予防接種業務委託料請求書⑦

年 月 日

(宛先) 市長

所在地
名称
代表者氏名
電話番号

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
高齢者肺炎球菌 (定期接種)	自己負担金有	5, 4 3 0 円	枚	円
	自己負担金無	8, 4 3 0 円	枚	円
	予診料	3, 2 0 1 円	枚	円
高齢者肺炎球菌 (任意接種)	自己負担金有	5, 4 3 0 円	枚	円
	自己負担金無	8, 4 3 0 円	枚	円
	予診料	3, 2 0 1 円	枚	円
合 計			枚	円

【添付書類】

- 1 高齢者肺炎球菌予防接種決定通知書 (様式第 2 号)
- 2 高齢者肺炎球菌予防接種予診票 (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