

(様式第 6 号)

高齢者帯状疱疹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 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	3,581円	枚	円
	自己負担金無	8,481円	枚	円
	予診料	3,201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	11,681円	枚	円
	自己負担金無	21,681円	枚	円
	予診料	3,201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