

紫波町高齢者肺炎球菌・带状疱疹予防接種業務委託料請求書

年 月 日

紫波町長 様

住所

名称

代表者

印

電話番号

振込み先

金融機関

銀行

本店

支店

口座番号（普通・当座）

口座名義人

年 月に実施した高齢者肺炎球菌・带状疱疹予防接種にかかる委託料として、
次のとおり請求します。

合計請求額

円

内 訳

区分		委託料	接種人数	小計	
高齢者肺炎球菌	一般	5,000 円	人	円	
	全額公費（生保）	円	人	円	
帯状疱疹	生ワクチン	一般	4,000 円	人	円
		全額公費（生保）	円	人	円
	組換えワクチン 【1回目】	一般	10,000 円	人	円
		全額公費（生保）	円	人	円
	組換えワクチン 【2回目】	一般	10,000 円	人	円
		全額公費（生保）	円	人	円
合計			人	円	

請求書は原則月ごとに作成願います。

また、本請求書には、予診票（紫波町役場保存）及び接種券を添付願います。