

紫波町高齢者インフルエンザ・高齢者新型コロナウイルス感染症
予防接種業務委託料請求書

金 円也

上記のとおり、次の内訳を付して予防接種に要した費用を請求します。

年 月 日
紫波町長 様

〒
所 在 地
名 称
代表者氏名
電 話 番 号

(振 込 先)
金融機関名 銀行 支店
口 座 番 号
口座名義人

年 月分
内訳

種類	単価	接種人数	小計
高齢者 インフルエンザ	2,200 円	人	円
	生活保護等 (全額公費負担)	人	円
	円		
高齢者 新型コロナ ウイルス感染症	7,800 円	人	円
	生活保護等 (全額公費負担)	人	円
	円		
合計		人	円

(注) 1 本請求書には、予診票の紫波町役場控えを添付ください。
2 請求書は、原則として月別に作成してください。