

## 紫波町帯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 月に実施した帯状疱疹予防接種費用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
生ワクチン	一般 4,000 円	人	円
	全額公費（生保） 円	人	円
不活化ワクチン 【1回目】	一般 10,000 円	人	円
	全額公費（生保） 円	人	円
不活化ワクチン 【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（C片 紫波町役場保存）及び接種券を添付願います。