

任意予防接種事業実績報告書兼請求書

年 月 日

桜川市長 様

所在地 〒 _____

実施機関名 _____

電話番号 _____

代表者名 _____

令和 年 月分 を別添のとおり予診票及び個人負担免除証明書を添付し報告するとともに、
これにかかる委託料（個人負担額を除く。）を請求します。

請求金額 _____ 円

		区分		単価（税込）	人数	金額（円）
小児	おたふくかぜ	1回目		2,000		
		2回目				
	季節性 インフルエンザ	不活化	6か月～6歳	2,000		
			小学生			
			中学生			
		経鼻	6か月～6歳	2,000		
小学生						
中学生						
成人	带状疱疹	生		3,000		
		不活化		6,000		
	風しん	風しん単抗原	女性	3,000		
			配偶者及び それに準ずる者			
		麻しん風しん 混合（MR）	女性	5,000		
			配偶者及び それに準ずる者			
合計請求金額						

振込口座

	銀行	支店
普通 ・ 当座 (どちらかに○印を付けてください。)	口座番号	
フリガナ		
名義人氏名		