

埼玉県住所地外

高齢者インフルエンザ定期予防接種相互乗り入れ

委託料請求書

請求金額 金

円(税込)

令和 年 月分の予防接種相互乗り入れ委託料として、別紙予診票を添えて
請求いたします。

内 訳 (円)

項 目	委託料単価 (税込み)	件数	委 託 料 (税込み)
インフルエンザ(一般)			
インフルエンザ(生活保護等)			
予診のみ			
合 計			

消費税率 10%

令和 年 月 日

市町村長

医療機関名

(印)

所 在 地

電 話 番 号

施 設 長 名

登 録 番 号

T											
---	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

※登録番号を取得している医療機関等は記載

口 座 振 替 (振込先)

銀行・組合 信 用 金 庫 (金融機関コード) 口 座 名 義	支 店 支 所 (支店コード)	口座番号 (普 · 当)
--	---------------------------	--------------

埼玉県医師会