

埼玉県住所外

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	支店	口座番号	(普 当)
信用金庫	支所		
(金融機関コード )	(支店コード )		
(フリガナ)			
口 座 名 義			